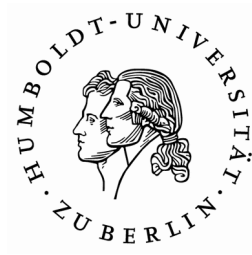


HUMBOLDT-UNIVERSITÄT ZU BERLIN  
INSTITUT FÜR BIBLIOTHEKS- UND INFORMATIONSWISSENSCHAFT



BERLINER HANDREICHUNGEN  
ZUR BIBLIOTHEKS- UND  
INFORMATIONSWISSENSCHAFT

HEFT 445

ÖFFENTLICHE BIBLIOTHEKEN IM KONTEXT INTEGRIERTER  
KOMMUNALER STRATEGIEN ZUR GESUNDHEITSFÖRDERUNG  
IN DEUTSCHLAND:  
THEORETISCHE BEZÜGE UND PRAKTISCHE VERORTUNG

VON  
VIVIAN RUHMANN



ÖFFENTLICHE BIBLIOTHEKEN IM KONTEXT INTEGRIERTER  
KOMMUNALER STRATEGIEN ZUR GESUNDHEITSFÖRDERUNG  
IN DEUTSCHLAND:  
THEORETISCHE BEZÜGE UND PRAKTISCHE VERORTUNG

VON  
VIVIAN RUHMANN

---

Berliner Handreichungen zur  
Bibliotheks- und Informationswissenschaft

Begründet von Peter Zahn  
Herausgegeben von  
Vivien Petras  
Humboldt-Universität zu Berlin

Heft 445

Öffentliche Bibliotheken im Kontext integrierter kommunaler Strategien zur Gesundheitsförderung in Deutschland : Theoretische Bezüge und praktische Verortung / von Vivian Ruhmann. - Berlin : Institut für Bibliotheks- und Informationswissenschaft der Humboldt-Universität zu Berlin, 2019. - 61 S. : graph. Darst. - (Berliner Handreichungen zur Bibliotheks- und Informationswissenschaft ; 445)

ISSN 14 38-76 62

**Abstract:**

Öffentliche Bibliotheken in Deutschland sind Einrichtungen der kommunalen Infrastruktur, dem Bereich, der aus gesundheitswissenschaftlicher und -politischer Perspektive an Bedeutung gewinnt. Aufbauend auf einem erweiterten Verständnis von Gesundheit bietet die Lebenswelt Kommune vielversprechende Ansatzpunkte für präventive und gesundheitsförderliche Interventionen, die über den traditionellen medizinischen Bereich hinausweisen. Die inhaltlichen Angebote und räumlichen Strukturen von Öffentlichen Bibliotheken in Deutschland sind grundsätzlich anschlussfähig zum Konzept integrierter kommunaler Strategien der Gesundheitsförderung. Das wird sowohl theoretisch hergeleitet als auch anhand zweier Berliner Präventionsketten verdeutlicht. Es ist daher lohnend Öffentliche Bibliotheken in die angestrebte kommunale Gesamtstrategie zur Verbesserung von Gesundheit und Gesundheitschancen einzubeziehen. Aktuell unterbleibt in Deutschland jedoch größtenteils die kontinuierliche und flächendeckende Einbindung Öffentlicher Bibliotheken in integrierte Handlungskonzepte der Gesundheitsförderung. Relevante Hintergründe und Chancen werden aufgezeigt.

Diese Veröffentlichung geht zurück auf eine Bachelorarbeit im Bachelorstudiengang Bibliotheks- und Informationswissenschaft (Library and Information Science) an der Humboldt-Universität zu Berlin.

Eine Online-Version ist auf dem edoc Publikationsserver der Humboldt-Universität zu Berlin verfügbar.



Dieses Werk ist lizenziert unter einer [Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

# Inhaltsverzeichnis

<b>1 EINLEITUNG.....</b>	<b>6</b>
<b>2 STÄRKUNG VON PRÄVENTION UND GESUNDHEITSFÖRDERUNG IN DEUTSCHLAND.....</b>	<b>9</b>
2.1 ANNÄHERUNG AN EIN ERWEITERTES VERSTÄNDNIS VON GESUNDHEIT.....	9
2.2 GESUNDHEIT IN DEUTSCHLAND.....	13
2.2.1 <i>Ausgewählte Aspekte zur gesundheitlichen Lage in Deutschland</i> .....	13
2.2.2 <i>Neuausrichtung der bundesdeutschen Gesundheitspolitik</i> .....	16
2.3 ZUM BEDEUTUNGSZUWACHS DER „LEBENSWELT KOMMUNE“.....	18
<b>3 INTEGRIERTE KOMMUNALE STRATEGIEN DER GESUNDHEITSFÖRDERUNG.....</b>	<b>23</b>
3.1 BEGRIFFLICHE UND KONZEPTIONELLE GRUNDLAGEN.....	23
3.2 AUSGEWÄHLTE FÖRDERLICHE UND HINDERLICHE FAKTOREN IM ENTWICKLUNGSPROZESS.....	31
<b>4 ÖFFENTLICHE BIBLIOTHEKEN IN DEUTSCHLAND.....</b>	<b>36</b>
4.1 EINFÜHRUNG UND BEGRIFFSVERSTÄNDNIS.....	36
4.2 PRÄVENTIONSKETTEN IN BERLIN UNTER BETEILIGUNG ÖFFENTLICHER BIBLIOTHEKEN.....	38
4.2.1 <i>„Bildungsnetzwerk Südliche Friedrichstadt“</i> .....	39
4.2.2 <i>„Neuköllner Präventionskette“</i> .....	44
4.3 ANSCHLUSSFÄHIGKEIT ÖFFENTLICHER BIBLIOTHEKEN AN DAS KONZEPT DER PRÄVENTIONSKETTEN.....	46
4.3.1 <i>Institutionelle Rahmenbedingungen und Perspektiven</i> .....	46
4.3.2 <i>Zielgruppenanspruch, Zugangswege und Handlungsfelder</i> .....	48
4.3.3 <i>Kooperation</i> .....	50
<b>5 FAZIT UND AUSBLICK.....</b>	<b>54</b>
<b>6 LITERATURVERZEICHNIS.....</b>	<b>56</b>
<b>VERZEICHNIS DER ABKÜRZUNGEN.....</b>	<b>61</b>

# 1 Einleitung

Eine Verbesserung der gesundheitlichen Situation für die in Deutschland lebenden Menschen wird derzeit verstärkt in Verbindung mit präventiven und gesundheitsförderlichen Ansätzen diskutiert. Bedeutsam für den hier betrachteten Zusammenhang sind vor allem nicht-medizinische Interventionen. In einem sogenannten erweiterten Verständnis von Gesundheit und mit Blick auf eine Vielzahl unterschiedlicher Bestimmungsfaktoren (Determinanten)<sup>1</sup> gilt es, die Gesundheit der Bevölkerung aus einer umfassenden Perspektive heraus zu stärken. Im gegenwärtigen gesundheitswissenschaftlichen Fachdiskurs<sup>2</sup> wird daher die „Herausbildung, Entwicklung und Umsetzung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik“ angestrebt.<sup>3</sup> Es gilt dafür zu sensibilisieren, dass signifikante Einflussfaktoren auf die Gesundheit der Bevölkerung außerhalb des direkten Wirkungsbereiches von Gesundheitsversorgung und -politik liegen.<sup>4</sup> Ziel ist es, zukünftig vorausschauender (also vorbeugend) zu agieren und eine Vielzahl gesundheitsförderlicher Ressourcen mit einzubeziehen. Wie die nachfolgenden Ausführungen zeigen, lassen sich auch Öffentliche Bibliotheken in diesen thematischen Rahmen einordnen. Der Bericht zur Gesundheit in Deutschland (2015)<sup>5</sup> beschreibt die derzeitige Ausgangslage wie folgt: Hervorzuheben ist die Verfestigung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen, ein deutlicher Anstieg vorwiegend chronischer Erkrankungen sowie mit der demografischen Entwicklung einhergehende Herausforderungen.<sup>6</sup> Schließlich konstatiert der Bericht erhebliche regionale Unterschiede in der Gesundheit der Bevölkerung.<sup>7</sup> Das Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (PrävG) aus dem Jahr 2015 unterstreicht politischerseits den aktuellen Handlungsbedarf.<sup>8</sup>

Präventive und gesundheitsfördernde Strategien, wie sie die bereits skizzierten Entwicklungen in Deutschland erfordern, konzentrieren sich verstärkt darauf, die Menschen in ihren „alltäglichen Lebenswelten“ zu erreichen. Diese werden innerhalb der Gesundheitswissenschaften als ein „Sozialzusammenhang“ definiert, „[...] in dem Menschen sich in ihrem Alltag aufhalten und der Einfluss auf ihre Gesundheit hat.“<sup>9</sup> Aus gesundheitswissenschaftlicher wie gesundheitspolitischer Perspektive erfährt der kommunale Lebensraum eine besondere Beachtung.<sup>10</sup> Er bildet zudem den

<sup>1</sup> Vgl. RICHTER/HURRELMANN (2018), S. 50f.

<sup>2</sup> Mit der Begriffskombination „Gesundheitswissenschaften/Public Health“ wird eine eigenständige, stark interdisziplinär ausgerichtete Wissenschaft beschrieben, deren wissenschaftliches und praktisches Interesse auf die körperlichen, psychischen und gesellschaftlichen Bedingungen von Gesundheit und Krankheit gerichtet ist. Vgl. FRANZKOWIAK (2015), S. 550.

<sup>3</sup> SÜSS/TROJAN (2015), S. 222.

<sup>4</sup> Vgl. ebd.

<sup>5</sup> Vgl. ROBERT KOCH-INSTITUT (2015).

<sup>6</sup> Vgl. ROBERT KOCH-INSTITUT (2016), S. 7.

<sup>7</sup> Vgl. ROBERT KOCH-INSTITUT (2016), S. 47.

<sup>8</sup> Vgl. PRÄVG.

<sup>9</sup> HARTUNG/ROSENBROCK (2015), S. 892.

<sup>10</sup> Neben Weisungs- und Gestaltungskompetenzen umschließt der kommunale Lebensraum als ein sogenanntes „Dachsetting“ eine Vielzahl von Akteuren und Strukturen auf kommunaler Ebene.

Ausgangspunkt für die Entwicklung von integrierten kommunalen Strategien der Gesundheitsförderung, auch Präventionsketten genannt.<sup>11</sup> Sie rücken die kommunalen Gestaltungsmöglichkeiten zur Verbesserung von gesundheitlicher Chancengleichheit und Gesundheitssituation in den Mittelpunkt und legen dabei ein erweitertes Gesundheitsverständnis zugrunde:<sup>12</sup> „Als Präventionsketten werden integrierte Gesamtstrategien bezeichnet, die auf kommunaler Ebene den Rahmen schaffen, um das vielfältige Unterstützungsangebot öffentlicher und privater Träger und Akteure besser zu verbinden.“<sup>13</sup> Wie die vorgestellten Praxisbeispiele zeigen, wurden Öffentliche Bibliotheken bereits als Teil kommunaler Präventionsketten erkannt.<sup>14</sup>

Öffentliche Bibliotheken sind Einrichtungen der kommunalen Infrastruktur und der am häufigsten vertretene Bibliothekstyp in Deutschland.<sup>15</sup> Sie sollen unabhängig von „[...] Rasse, Nationalität, Alter, Geschlecht, Religion, Sprache, Behinderung, wirtschaftlichem und beruflichem Status, Beschäftigungssituation und Ausbildung [...]“<sup>16</sup> für alle gleichermaßen öffentlich zugänglich und nutzbar sein. Damit entsprechen sie dem zielgruppenspezifisch formulierten Anspruch integrierter kommunaler Strategien der Gesundheitsförderung.<sup>17</sup> Öffentliche Bibliotheken halten ein möglichst vielfältiges, auf verschiedene Nutzergruppen und -bedürfnisse und in Anpassung an den digitalen Wandel abgestimmtes Medien-, Informations-, Bildungs- und Kulturangebot bereit. Die vorliegende Arbeit konzentriert sich größtenteils auf Institutionen in öffentlicher Trägerschaft. Ihre Unterhaltung gehört zu den freiwilligen Leistungen der Kommunen. Die Bedeutung Öffentlicher Bibliotheken für die Gesellschaft wird zunehmend mit der Forderung nach verbindlichen Ausstattungs-, Leistungs- und Finanzierungsstandards diskutiert. Die bibliothekarischen Verbände und Interessenvertreter berufen sich dabei auf die Empfehlungen der Enquete-Kommission des Deutschen Bundestages „Kultur in Deutschland“ (2007) zur Einsetzung von Bibliotheksgesetzen auf Länderebene. Demnach sollten Öffentliche Bibliotheken keine freiwillige Aufgabe sein, sondern eine Pflichtaufgabe werden.<sup>18</sup> Diesbezüglich existieren derzeit keine verbindlichen gesetzlichen Regelungen in Deutschland. Dies ist unter dem Gesichtspunkt der Verstetigung, also der möglichst langfristigen und dabei flächendeckenden Einbindung Öffentlicher Bibliotheken in die integrierte kommunale Gesamtplanung, zu berücksichtigen.

Es gibt Ansatzpunkte dafür, dass ihr berufliches Wirken im Einklang mit den verstärkten Anstrengungen zur Verbesserung von gesundheitlicher Chancengleichheit und Gesundheitssituation steht. Über die exemplarische Darstellung hinaus kommt dies an verschiedenen Stellen der gesundheitswissenschaftlichen Fachdiskussion zum Ausdruck. Jedoch ergibt eine Durchsicht einschlägiger

<sup>11</sup> Vgl. RICHTER-KORNWEITZ/HOLZ/KILIAN (2017), S. 809.

<sup>12</sup> Vgl. KOOPERATIONSVERBUND GESUNDHEITLICHE CHANCENGLEICHHEIT BERLIN-BRANDENBURG (2013).

<sup>13</sup> RICHTER-KORNWEITZ/HOLZ/KILIAN (2017), S. 809.

<sup>14</sup> In diesem Kontext werden beispielsweise Bildungs- und Gesundheitschancen miteinander verknüpft.

<sup>15</sup> Vgl. SEEFELDT (2017).

<sup>16</sup> IFLA (2001), S. 1.

<sup>17</sup> Vgl. RICHTER-KORNWEITZ/HOLZ/KILIAN (2017), S. 809.

<sup>18</sup> Vgl. DEUTSCHER BUNDESTAG (2007), S. 131.

Fachliteratur, dass die Institution Öffentliche Bibliothek im thematischen Zusammenhang bisher nicht systematisch behandelt wird.<sup>19</sup> Ähnliches gilt für den bibliothekswissenschaftlichen Fachdiskurs. Für die vorliegende Abschlussarbeit ergibt sich folgende Leitfrage: „Inwiefern können die inhaltlichen Angebote und räumlichen Strukturen Öffentlicher Bibliotheken in Deutschland vor dem Hintergrund einer angestrebten Gesamtstrategie zur Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung gewertet und genutzt werden?“

Es wird ein theoriegeleitetes Vorgehen gewählt.<sup>20</sup> Im Verlauf der Arbeit wird gezeigt, dass Präventionsketten weit über einen Projektcharakter hinausweisen. Entsprechendes sollte in Hinblick auf die hier exemplarisch dargelegte Beteiligung Öffentlicher Bibliotheken gelten. Dafür wird zunächst ein Grundverständnis geschaffen: Zu Beginn erfolgt die Einführung in das zugrunde gelegte Verständnis von Gesundheit sowie ein Einblick in ihre vielfältigen Bestimmungsfaktoren. Ausgewählte Aspekte zur gesundheitlichen Lage in Deutschland werden vorgestellt, zudem wird die Neuausrichtung der bundesdeutschen Gesundheitspolitik durch das Präventionsgesetz (2015) umrissen. Die Ausführungen zum Bedeutungszuwachs der „Lebenswelt Kommune“ leiten thematisch über zum Auf- und Ausbau integrierter kommunaler Strategien der Gesundheitsförderung. In Kapitel 3 werden die theoretischen und konzeptionellen Grundlagen bei der Entwicklung von Präventionsketten dargelegt. Im weiteren Verlauf werden schwerpunktmäßig mögliche hemmende oder förderliche Faktoren für ihre Entwicklung und Verstetigung aufgezeigt, die zugleich eine interdisziplinäre Perspektive eröffnen. Das Vierte Kapitel stellt die Institution Öffentliche Bibliothek in den Mittelpunkt. So werden neben ihrer allgemeinen Vorstellung und der Begriffsklärung drei thematische Schwerpunkte gesetzt. Hierbei wird Bezug genommen auf die vorangegangenen Ausführungen zum Auf- und Ausbau von Präventionsketten sowie den dargelegten förderlichen als auch hinderlichen Faktoren im Entwicklungs- und Verstetigungsprozess. Am Beispiel von zwei bezirklichen Präventionsketten im Land Berlin wird in theoriegestützter Weise nachvollzogen, wie sich Öffentliche Bibliotheken in diesen inhaltlich-konzeptionellen Rahmen einfügen. Dieser Abschnitt ist schließlich eine Annäherung an eine Gesamtperspektive zur Gesundheitsförderung und Prävention im kommunalen Raum unter besonderer Berücksichtigung Öffentlicher Bibliotheken in Deutschland.

---

<sup>19</sup> Als Einstieg in den Themenkomplex wurde das „Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung“ verwendet, kurz als Leitbegriffe der Gesundheitsförderung bezeichnet (Online verfügbar unter <https://www.leitbegriffe.bzga.de/>). Mit dieser Auswahl von Begriffen, Konzeptionen und Erklärungsmodellen stellt es nach eigenen Angaben Fachinformationen zur Entwicklung in der Gesundheitsförderung sowie den gegenwärtigen Stand im betrachteten Forschungsgebiet dar.

<sup>20</sup> Die vorliegende Arbeit nähert sich in theoriegestützter Form wesentlichen Schnittstellen zwischen dem vergleichsweise jungen Konzept der Präventionsketten und dem Wirkungsbereich Öffentlicher Bibliotheken. Das gewählte Forschungsvorhaben ist von wissenschaftlicher und praktischer Relevanz, das zeigt die exemplarische Verortung Öffentlicher Bibliotheken im Abschnitt 4. Die Arbeit erhebt dabei keinen Anspruch auf Vollständigkeit bzgl. der bisherigen Erfahrungen Öffentlicher Bibliotheken als beteiligte Akteure im betrachteten Handlungskonzept, vielmehr soll die vorliegende Arbeit eine grundlegende thematische Nähe und sich ergebende Entwicklungsperspektiven aufzeigen.



## **2 Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland**

Eine intensiv geführte Fachdiskussion um die Gesundheit der Bevölkerung in Deutschland eröffnet zugleich Perspektiven, die nicht dem medizinisch-versorgerischen Bereich zugeordnet werden können. Es gilt zunächst ein erweitertes Verständnis von Gesundheit zu definieren. Eine Skizze zur aktuellen gesundheitlichen Lage in Deutschland schließt sich dem an. In diesem Zusammenhang wird die Neuausrichtung der bundesdeutschen Gesundheitspolitik durch das Präventionsgesetz aus dem Jahr 2015 umrissen. Schließlich wird die zentrale Bedeutung des „Setting Kommune“ eingeführt. Damit sind Öffentliche Bibliotheken als Kultur- und Bildungseinrichtungen zugleich Teil des kommunalen Lebensraumes. Die späteren Ausführungen verweisen exemplarisch auf ihre praktische Relevanz beim Auf- und Ausbau integrierter kommunaler Strategien der Gesundheitsförderung. Das vorliegende Kapitel zeigt in allgemeiner Form erste inhaltlich-thematische Bezüge zwischen dem Wirkungskreis Öffentlicher Bibliotheken und einer angestrebten Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland auf.

### **2.1 Annäherung an ein erweitertes Verständnis von Gesundheit**

Der Begriff „Gesundheit“ kann sowohl individual-perspektivisch, als auch fachwissenschaftlich verstanden werden, wobei im wissenschaftlichen Diskurs eine Vielzahl unterscheidbarer Definitions- und Interpretationsansätze existieren.<sup>21</sup> Im Folgenden geht es darum, das Verständnis von Gesundheit über ein ausschließlich biomedizinisches hinaus zu erweitern. Eine biomedizinische Perspektive dient hierbei insbesondere als Grundlage medizinisch-naturwissenschaftlichen Denkens und Handelns, sie macht „Krankheiten“ zu ihrem inhaltlichen Ausgangspunkt.<sup>22</sup> Im betrachteten thematischen Zusammenhang „[...] werden pathogenetische Konzepte und die biomedizinische Perspektive nicht völlig verworfen. Sie werden in ein gesundheitswissenschaftliches, d.h. bio-psycho-soziales, interdisziplinäres und intersektorales Denken und Handeln integriert.“<sup>23</sup> Dies wird mit dem nachfolgend eingeführten Determinantenmodell der Gesundheit von DAHLGREN & WHITEHEAD verdeutlicht.

Die Präambel der Verfassung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) von 1948 dient vorab als ein historischer Einstieg in den Themenkomplex, ihrer Definition von Gesundheit wird rückblickend eine übergeordnete Bedeutung beigemessen.<sup>24</sup> Wörtlich heißt es: „Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmi-

<sup>21</sup> Vgl. FRANZKOWIAK/HURRELMANN (2018), S. 175 f.

<sup>22</sup> Demnach „lassen sich für alle Krankheiten typische und - möglichst - kausale anatomische, organische, biochemische, physiologische, neurobiologische oder andere naturwissenschaftlich objektivierbare Auslöser, Ursachen oder Abweichungen von biologischen oder funktionellen Regelgrößen bestimmen.“ FRANZKOWIAK (2018), S. 34.

<sup>23</sup> FRANZKOWIAK (2018), S. 43.

<sup>24</sup> Vgl. FRANZKOWIAK/HURRELMANN (2018), S. 176.

ty.“<sup>25</sup> Hiermit legte die WHO eine Definition vor, die ein positives und ganzheitlich orientiertes Gesundheitsverständnis formuliert, aber auch kritischen Bewertungen unterliegt.<sup>26</sup> Sie erweitert die bis dahin vorherrschende biomedizinische Betrachtungsweise von Gesundheit, ihre Definition umfasst entsprechend „[...] körperliche, seelisch-geistige und soziale Anteile, die sich wechselseitig beeinflussen.“<sup>27</sup> Die Gesundheit der Bevölkerung wird durch zahlreiche Einflussfaktoren bestimmt, anhand des gewählten wissenschaftlichen Modells von DAHLGREN & WHITEHEAD lässt sich dies visuell anschaulich beschreiben:<sup>28</sup>

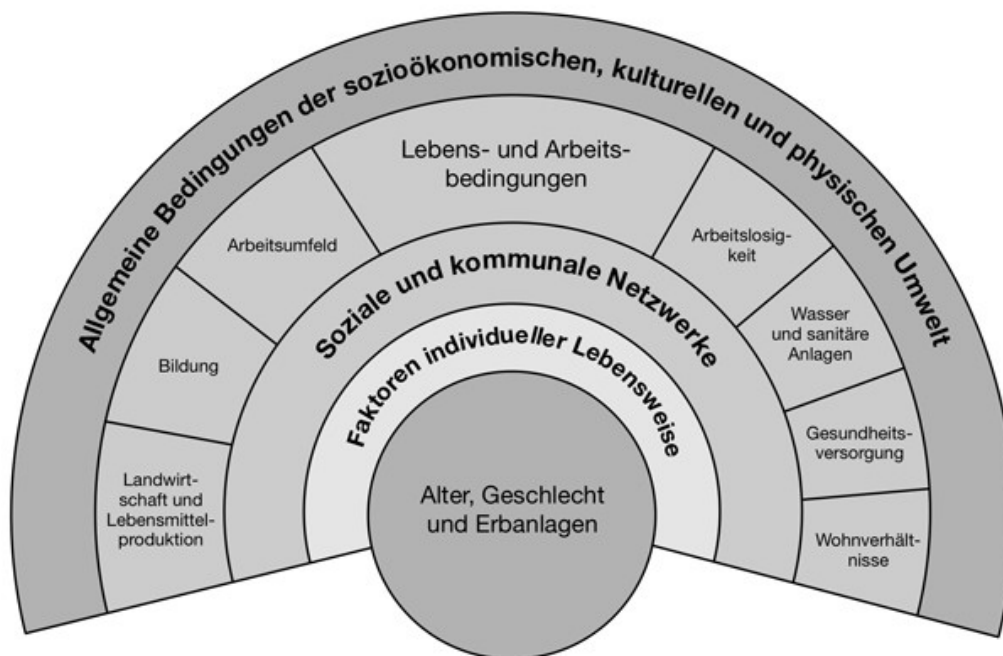


Abb. 1: Determinanten der Gesundheit.nach DAHLGREN & WHITEHEAD<sup>29</sup>

<sup>25</sup> WHO (1948).

<sup>26</sup> Vgl. FRANZKOWIAK/HURRELMANN (2018), S. 178. Die fachliche Kritik daran bezieht sich vor allem auf „[...] die Einseitigkeit einer subjektiv akzentuierten Sichtweise, ihre ungenaue, kaum zu operationalisierende oder messbare Mehrdimensionalität, das noch unausgereifte, statische Denken in Extrempolen.“ Ebd.

<sup>27</sup> FRANZKOWIAK/HURRELMANN (2018). S. 176. Die Autoren erlauben hier einen tieferen Einblick in eine intensiv geführte, keineswegs abgeschlossene Fachdiskussion zum Gesundheitsbegriff. Grundlegend aber gilt das nachfolgend dargelegte Verständnis von Gesundheit im betrachteten Fachgebiet als wissenschaftlich anerkannt.

<sup>28</sup> Vgl. RICHTER/HURRELMANN (2018), S. 50f. Bekannt geworden ist dieses Erklärungsmodell auch als „Regenbogen-Modell“, mehrere (im Original farbige) Ringe übereinander angeordnet bilden die unterschiedlichen Einflussfaktoren auf die Gesundheit der Bevölkerung ab. Vgl. ebd.

<sup>29</sup> Entnommen den Leitbegriffen zur Gesundheitsförderung, [verfügbar unter <https://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/determinanten-von-gesundheit/> [19.04.2019]].

Die verschiedenen Schichten im Modell stehen in vielfacher und meist wechselseitiger Beziehung zueinander, die einzelnen Determinanten von Gesundheit können in positiver oder negativer Hinsicht bedeutsam sein.<sup>30</sup> Den Kern dieses Modells bilden die Genetischen Dispositionen, das Geschlecht und das Alter, sie gelten als weitgehend unbeeinflussbare Bestimmungsfaktoren. Andere Faktoren können hingegen „[...] - mit Strategien der Prävention und Gesundheitsförderung - potenziell modifiziert werden, um so einen positiven Einfluss auf die Gesundheit auszuüben“.<sup>31</sup> Nachfolgend werden die einzelnen Modellelemente in Kurzform - hierbei in Anlehnung an die Abbildung von innen beginnend nach außen - dargestellt.<sup>32</sup>

Die individuellen genetischen Anlagen, das Alter und auch das Geschlecht sind mit bestimmend für die Gesundheit, sie stellen die (weitestgehend) unbeeinflussbaren Determinanten im Modell dar. Die nächste Modellebene umfasst all jene individuellen Verhaltensweisen, die sich förderlich oder hinderlich auf die Gesundheit auswirken können. Allgemein bekannt sein dürften in diesem Zusammenhang beispielsweise Kursangebote aus den Bereichen Ernährung, Bewegung oder Stressregulation. Sie sind vorrangig auf das individuelle Verhalten ausgerichtet und ihr Erfolg ist begrenzt. Diese Erkenntnis ist mittlerweile vielfach empirisch belegt. Damit verweisen RICHTER & HURRELMANN auf den Unterschied zwischen Verhaltens- und Verhältnisprävention:

*„Hebt man ausschließlich die Bedeutung des Gesundheitsverhaltens hervor und vernachlässigt die strukturelle Einbettung dieser Verhaltensweisen in die individuellen Lebensbedingungen, besteht die Gefahr einer individuellen Zuschreibung von Verantwortung [...], die tatsächlich gesellschaftlichen bzw. strukturellen Mechanismen zuzuordnen ist und keiner individuellen Kontrolle unterliegt.“<sup>33</sup>*

Im Verlauf der vorliegenden Arbeit wird mehrfach unterschieden zwischen dem Verhalten Einzelner und den jeweiligen Lebensbedingungen. Letztgenannte erfahren im gewählten thematischen Zusammenhang eine besondere Beachtung. Eine nächste Kategorie im betrachteten Modell umfasst die mögliche Unterstützung und Beeinflussung durch soziale und kommunale Netzwerke. Diese gelten als bedeutende Ressource für die Gesundheit, dazu zählen vor allem Familienangehörige, der Freundeskreis und Kolleg\*innen ebenso wie z.B. Stadtteilvereine und Nachbarschaftszentren. Die nun folgenden Bestimmungsfaktoren von Gesundheit sind dem übergeordneten Bereich der individuellen „Lebens- und Arbeitsbedingungen“ zugeordnet. Dabei werden die jeweilige Wohn- und Erwerbssituation, Bildung als ein Schlüsselfaktor und auch das Gesundheitssystem mit ins Modell aufgenommen. In diesem Zusammenhang weisen RICHTER & HURRELMANN ausdrücklich darauf hin, dass „[...] der Einfluss des Gesundheitssystems auf den Gesundheits- und

---

<sup>30</sup> Vgl. ebd.

<sup>31</sup> RICHTER/HURRELMANN (2018), S. 51.

<sup>32</sup> Die Erläuterungen zu den Determinanten von Gesundheit stützen sich im Wesentlichen auf die Ausführungen von RICHTER/HURRELMANN (2018).

<sup>33</sup> RICHTER/HURRELMANN (2018), S. 52.

Krankheitszustand der gesamten Bevölkerung aber nur ein Bedingungsfaktor unter vielen [ist].“<sup>34</sup> Den erzielten Fortschritten in der medizinischen Versorgung, dem rehabilitativen und pflegerischen Bereich kommt insgesamt ein deutlicher geringerer Beitrag zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation der Bevölkerung zu, als häufig assoziiert.<sup>35</sup>

Als komplexester Bereich ist schließlich jener Bereich definiert, der sich aus den allgemeinen Bedingungen der sozioökonomischen, kulturellen und physischen Umwelt zusammensetzt. Dazu gehören u.a. die wirtschaftliche Lage des Landes, das zugrunde liegende Rechtssystem, die Meinungs- und Medienfreiheit, stabile und friedliche Lebensverhältnisse und Gegenteiliges. Ebenso sind die natürlichen Umweltbedingungen (Wasser, Luft, Boden) von grundlegender Bedeutung für die Gesundheit der Bevölkerung. Gerade die Modellbereiche „Bildung“ und ein möglicher gesundheitsförderlicher Einfluss der „Unterstützung und Beeinflussung durch soziale und kommunale Netzwerke bzw. Institutionen“ lassen erste Bezüge zum Wirkungsbereich Öffentlicher Bibliotheken zu.

RICHTER & HURRELMANN resümieren an dieser Stelle: „Das weitaus größte Gewicht für die Erklärung des Gesundheits- und Krankheitszustandes der Bevölkerung haben die verhaltensbezogenen und sozialen Determinanten, d.h. der Lebensstil und die Lebensbedingungen.“<sup>36</sup> Die WHO unterstreicht diese Bedeutung mit der Einberufung der „Commission of Social Determinants of Health“ (CSDH)<sup>37</sup> im Jahr 2005, darüber hinaus sind die sozialen Determinanten von Gesundheit sowohl in Deutschland als auch international ein zentraler Forschungsgegenstand.<sup>38</sup>

Des Weiteren muss im betrachteten Zusammenhang das bisher dargelegte Verständnis von Gesundheit um die salutogenetische Sichtweise erweitert werden. Sie ist mitbestimmend für die gesundheitswissenschaftliche Forschung und wendet sich in Abgrenzung zur Pathogenese „[...] der Erforschung der Prozesse zu, die Gesundheit erhalten und fördern“<sup>39</sup>, hin also zu einer ressourcenorientierten Perspektive. So habe sich die wissenschaftliche und praktische Aufmerksamkeit verlagert, „[...] weg von der Verhinderung von Krankheit hin zur Förderung von Gesundheit und den für sie notwendigen gesellschaftlichen und individuellen Bedingungen.“<sup>40</sup> Mit Bezug auf ANTONOVSKY beschreibt der Gesundheitsbegriff im hier betrachteten Zusammenhang keinen alternativen Zustand, sondern vielmehr einen Prozess mit fließenden Übergängen.<sup>41</sup> Dies wird innerhalb der Fachdiskurses als Gesundheits-Krankheits-Kontinuum bezeichnet. Und so führt FRANZKOWIAK vertiefend aus: Demnach sind „[...] Menschen sind nicht „nur“ gesund oder krank. Sie befinden

<sup>34</sup> Richter/Hurrelmann (2018), S. 52.

<sup>35</sup> Vgl. ebd.

<sup>36</sup> Richter/Hurrelmann (2018), S. 52.

<sup>37</sup> Vgl. CSDH (2008).

<sup>38</sup> Vgl. Robert Koch-Institut (2015), S.142; CSDH (2008).

<sup>39</sup> Franke (2015), S. 878.

<sup>40</sup> Franke (2015), S. 881.

<sup>41</sup> Vgl. Franzkowiak (2018b), S. 191.

sich zu einer bestimmten lebensgeschichtlichen Zeit auf einem Punkt des Kontinuums zwischen den Polen - und dies hinsichtlich vielfältiger subjektiver und objektiver Dimensionen.“<sup>42</sup>

Schließlich ist festzustellen: Das verwendete Modell nach DAHLGREN & WHITEHEAD vermittelt einen ersten Einblick in die vielfältigen Determinanten von Gesundheit. Es gilt die Gesundheit der Bevölkerung als eine gesamtgesellschaftliche Herausforderung und Gestaltungsaufgabe zugleich zu begreifen. Dabei ist zu bedenken, dass die Erforschung der gesundheitsbezogenen Kausalzusammenhänge sich inhaltlich komplex darstellt. Integrierten kommunalen Strategien der Gesundheitsförderung liegt das zuvor dargelegte Verständnis zu Grunde. Vorab gilt es nun, ausgewählte Aspekte zur gesundheitlichen Lage in Deutschland zu skizzieren, die ebenso Berührungspunkte zu den Handlungsfeldern Öffentlicher Bibliotheken in Deutschland zulassen.

## **2.2 Gesundheit in Deutschland**

Abschnitt 2 stellt ausgewählte Aspekte zur gesundheitlichen Lage in Deutschland vor, die zugleich Perspektiven für präventive und gesundheitsförderliche Ansätze eröffnen. Sie stehen in einem inhaltlichen Bezug zum eben eingeführten Modell der Determinanten von Gesundheit nach DAHLGREN & WHITEHEAD. Den Einstieg bildet der aktuelle Bericht zur Gesundheit in Deutschland aus dem Jahr 2015.<sup>43</sup> Von besonderer Bedeutung ist schließlich die Verabschiedung des Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention in Deutschland.

### **2.2.1 Ausgewählte Aspekte zur gesundheitlichen Lage in Deutschland**

Nach aktuellen Einschätzungen ist der Gesundheitszustand insgesamt gut.<sup>44</sup> Eine positive Entwicklung der durchschnittlichen Lebenserwartung<sup>45</sup> weist auf ein hohes medizinisches Versorgungsniveau und die Verbesserungen der allgemeinen Lebens- und Arbeitsbedingungen (Wohnen, Umwelt, Hygiene, soziale Absicherung u.a.) hin.<sup>46</sup> Im Gegensatz dazu begründen die nachfolgenden Aspekte eine Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland. Insbesondere die demografische Struktur sowie stetige Veränderungen im Krankheitsspektrum, von ehemals dominierenden Infektionskrankheiten, hin zu nicht-übertragbaren, chronischen Erkrankungen bestimmen das Gesundheits- und Versorgungsgeschehen.<sup>47</sup> Betont wird: „Dabei sind Gesund-

---

<sup>42</sup> FRANZKOWIAK (2018b), S. 192.

<sup>43</sup> Vgl. ROBERT KOCH-INSTITUT (2015). Die gesundheitliche Lage in Deutschland wurde bereits 1998 und 2006 in dieser zusammengefassten Form publiziert. 2015 wurde ein dritter und zugleich der aktuellste Bericht in der Gesundheitsberichterstattung des Bundes veröffentlicht.

<sup>44</sup> Diese Beurteilung beruht insgesamt auf der Auswertung einer Vielzahl statistischer, demografischer, psychosozialer und medizinischer Daten. Vgl. ROBERT KOCH-INSTITUT (2016), S. 4.

<sup>45</sup> Die Werte zur mittleren Lebenserwartung bei Geburt und zur ferneren Lebenserwartung gelten als wichtige zusammenfassende Maßzahlen zur Beschreibung der gesundheitlichen Lage von Bevölkerungen. Seit Beginn der Aufzeichnungen (1871) ist ein kontinuierlicher Anstieg zu verzeichnen (mittlere Lebenserwartung heute geborener Mädchen: 82,7 Jahre, Jungen: 77,7 Jahre). Die fernere Lebenserwartung der ab 65-Jährigen ist vergleichsweise höher als bei Personen dieser Altersgruppen in früheren Jahren. Vgl. ROBERT KOCH-INSTITUT (2015), S. 21f.

<sup>46</sup> Vgl. ROBERT KOCH-INSTITUT (2015), S. 21.

<sup>47</sup> Vgl. ROBERT KOCH-INSTITUT (2016), S. 7.

heitschancen und Krankheitsrisiken sozial ungleich verteilt.“<sup>48</sup> Und auch regionale Unterschiede in der Gesundheit sind umfassend dokumentiert.<sup>49</sup> Der Bericht zur Gesundheit in Deutschland (2015) macht deutlich: „Das Erreichen gesundheitsförderlicher Rahmenbedingungen in allen Lebenswelten, von Kinderbetreuungseinrichtungen über das Wohnumfeld und die Arbeitsstätte bis hin zum altersgerechten Wohnen, ist somit eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die nur im Zusammenwirken aller relevanten Politikbereiche bewältigt werden kann.“<sup>50</sup> Er knüpft damit an die zuvor dargelegte Sichtweise von Gesundheit an und betont gleichzeitig die Relevanz der jeweiligen Lebens- und Rahmenbedingungen. Nachfolgend sollen die eben genannten Aspekte kurz skizziert werden, beginnend mit den demografischen Herausforderungen bis hin zu den regionalen Unterschieden in der Gesundheit.

Die gegenwärtige demografische Entwicklung in Deutschland ist von gesundheitspolitischer Relevanz. Eine besondere Herausforderung ergibt sich vor allem durch die prognostizierte demografische Alterung der Gesellschaft.<sup>51</sup> Der insgesamt skizzierten positiven Entwicklung der Lebenserwartung stehen hier bedeutende gesundheitsökonomische Herausforderungen gegenüber.<sup>52</sup> Verbunden damit sind insbesondere erhöhte Anforderungen an die gesundheitliche und pflegerische Versorgung, die Bedeutung medizinischer Innovationen wird angeführt, ein in Teilen deutliches Versorgungsgefälle zwischen Stadt und Land herausgestellt.<sup>53</sup> Diese zunächst demografisch bedingte und gesundheitspolitisch - ökonomisch dargestellte Perspektive eröffnet dennoch Potential für präventive Ansätze auch über den eigenen Wirkungsbereich hinaus. Insgesamt macht der Gesundheitsbericht deutlich, dass mit dem Alter assoziierte Erkrankungen und Mehrfacherkrankungen (bzw. ein erhöhtes Risiko dafür) sich nicht allein als unmittelbare Folgen des fortschreitenden Alterns erklären lassen. Die an späterer Stelle skizzierten Aspekte zur Gesundheit in Deutschland - dies meint Veränderungen im Krankheitsspektrum, die sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen und regionale Unterschiede in der Gesundheit - eröffnen zugleich Perspektiven zur Gesundheitsförderung und zur Prävention für eine älter werdende Bevölkerung.

Der Gesundheitsbericht betont zunächst, dass es für ältere Menschen bedeutsam sei, trotz körperlicher und seelischer Beeinträchtigungen möglichst lange selbstbestimmt handeln zu können und gesellschaftlich integriert zu sein. Dies meint die „[...] Teilhabe älterer Menschen am ökonomi-

---

<sup>48</sup> Ebd.

<sup>49</sup> Vgl. ROBERT KOCH-INSTITUT (2016), S. 47.

<sup>50</sup> ROBERT KOCH-INSTITUT (2016), S. 5.

<sup>51</sup> Vgl. ROBERT KOCH-INSTITUT (2015), S. 450. Der Begriff der demografischen Alterung meint Veränderung der Altersstruktur einer Bevölkerung zugunsten von höheren Altersgruppen und steht dabei in einem engen Zusammenhang mit dem anhaltend niedrigen Geburtenniveau sowie dem kontinuierlichen Anstieg der Lebenserwartung.

<sup>52</sup> Der vorliegende Bericht führt im betrachteten Zusammenhang aus: „Die altersbedingte Zunahme von chronischen Erkrankungen, von körperlichen und kognitiven Einschränkungen, von Stürzen sowie von Multimorbidität (*gleichzeitiges Bestehen mehrerer Krankheiten*) bestimmt den speziellen Versorgungsbedarf älterer Menschen.“ ROBERT KOCH-INSTITUT (2015), S. 408.

<sup>53</sup> VGL. ROBERT KOCH-INSTITUT (2015), S. 435; 447 f.

schen, gesellschaftspolitischen, sozialen und kulturellen Leben und steht somit für gesellschaftliche Zugehörigkeit und das Einbezogensein in wichtige Lebensbereiche.“<sup>54</sup> Im Zusammenhang mit einer altersbedingt abnehmenden Mobilität verweist der Gesundheitsbericht u.a. hin zur Bedeutung von Angebots- und Teilhabestrukturen im nahen Wohnumfeld, ohne Bibliotheken als eine Möglichkeit direkt zu erwähnen<sup>55</sup>

Eine weitere Herausforderung ergibt sich durch die bereits angedeuteten Veränderungen im Krankheitsspektrum der Bevölkerung. Ein ausgeprägtes wissenschaftlichen Interesse kommt dabei den sogenannten nicht übertragbaren, chronischen Erkrankungen und ihren Risikofaktoren zu. Sie „[...] zählen heute in den Industriestaaten, zunehmend jedoch auch in den weniger wohlhabenden Ländern, zu den häufigsten und gesundheitsökonomisch bedeutsamsten Gesundheitsproblemen.“<sup>56</sup> Der Bericht zur Gesundheit in Deutschland geht in seinem dritten Kapitel der Frage nach, welche Risikofaktoren die Entstehung verschiedener chronischer Erkrankungen begünstigen und stellt sie zunächst in einen Zusammenhang mit den lebensstilbedingten Einflussgrößen. Hierzu zählen beispielsweise das Ernährungsverhalten, körperliche Aktivität, Tabak- oder auch Drogenkonsum. Ohne nachfolgend zwischen einzelnen Faktoren zu differenzieren und bestimmte Krankheitsbilder ausführlicher zu betrachten, lässt sich festhalten, dass der Gesundheitsbericht eine weite Verbreitung verhaltensassoziierter Risikofaktoren belegt.<sup>57</sup> Sie gehen einher mit einem deutlichen Verlust von Lebenserwartung und Lebensqualität.<sup>58</sup> Zugleich verweist der Gesundheitsbericht darauf, dass dies präventive Bestrebungen vor große Herausforderungen stellt, „[...] weil ihre Ursachen eng mit den Lebensbedingungen, dem Gesundheitsverhalten und dem Sozialstatus verwoben sind.“<sup>59</sup> Gleiches wurde bereits mit den Ausführungen zum Gesundheitsbegriff betont.

Die Einschätzung des sozialen Status wird empirisch häufig über die Merkmale Bildung, berufliche Position und Einkommen bestimmt, „[...] und entsprechend sind die Erkrankungsrisiken bei Individuen am höchsten, die bei allen drei Merkmalen am stärksten benachteiligt sind.“<sup>60</sup> In Bezug auf die Verbindung von sozialer Lage und Gesundheitschancen bzw. Krankheitsrisiken weist der Gesundheitsbericht darauf hin, dass Deutschland kein Sonderfall darstellt: Vielmehr lässt sich dieser Zusammenhang allgemein „[...] auch in Industriestaaten mit hohem allgemeinen Lebensstandard und relativ gut ausgebauten Sicherungssystemen“ erfassen.<sup>61</sup> Die Ungleichverteilung der sozial bedingten gesundheitlichen Lage lässt sich bereits im Kindesalter feststellen und wirkt sich

<sup>54</sup> ROBERT KOCH-INSTITUT (2015), S. 421.

<sup>55</sup> Vgl. ROBERT KOCH-INSTITUT (2015), S. 425.

<sup>56</sup> ROBERT KOCH-INSTITUT : Chronische Erkrankungen [verfügbar unter: [https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Themen/Chronische\\_Erkrankungen/chronische\\_erkrankungen\\_tab.html](https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Themen/Chronische_Erkrankungen/chronische_erkrankungen_tab.html) [21.05.2019]].

<sup>57</sup> Vgl. ROBERT KOCH-INSTITUT (2015), S.178.

<sup>58</sup> Vgl. ROBERT KOCH-INSTITUT (2016), S. 5.

<sup>59</sup> Vgl. ROBERT KOCH-INSTITUT (2016), S. 5.

<sup>60</sup> GEYER (2016), S. 918.

<sup>61</sup> ROBERT KOCH-INSTITUT (2015), S. 149.

letztendlich auch auf die Lebenserwartung negativ aus.<sup>62</sup> Dieser Umstand hat sich bereits über einen Zeitraum von 20 Jahren nicht verbessert, sondern eher zum Teil noch verschlechtert.<sup>63</sup>

Hinzu kommt eine geringere Wahrnehmung von Präventionsangeboten bei geringerer sozialer Lage. In diesem Zusammenhang fordert der Gesundheitsbericht eine Stärkung von „Präventionsangebote(n) in Lebenswelten Kita, Schule oder Betrieb [...] [so] dass mehr sozial benachteiligte Zielgruppen bzw. Menschen mit einem erschwerten Zugang zu Präventionsleistungen erreicht werden.“<sup>64</sup> Demnach greift der Gesundheitsbericht einen sozialraumorientierten Ansatz auf, der zum späteren Zeitpunkt die Lebenswelt Kommune als besonders geeignet einführt.

Der Gesundheitsbericht verzeichnet für Deutschland schließlich „[...] zum Teil ausgeprägte regionale Ungleichheiten in der Lebenserwartung, im Auftreten von Krankheiten und gesundheitlichen Beschwerden sowie im Gesundheitsverhalten.“<sup>65</sup> Die demografische Struktur und die soziale Lage der Bevölkerung gelten dabei als wichtige Bestimmungsfaktoren. Sie werden im Kontext der wissenschaftlichen Erschließung und mit der „[...] Suche nach Einflussfaktoren, die zur Verringerung der regionalen Unterschiede beitragen können [...]“<sup>66</sup>, in enger Beziehung zueinander stehend betrachtet. Entsprechend der vorangegangenen Ausführungen geht es thematisch nicht ausschließlich um Fragen der ärztlichen Versorgung und Versorgungsstrukturen, wenngleich der vorliegende Bericht für sie deutliche regionale Differenzen verzeichnet und Handlungsbedarf aufzeigt. Ein erklärtes Ziel der Bundesregierung ist es derzeit bspw., „Gleichwertige Lebensverhältnisse“ in ganz Deutschland zu schaffen: „Das betrifft Einkommens- und Beschäftigungsmöglichkeiten. Aber auch die sogenannte sichere Daseinsvorsorge: Schulen, medizinische Versorgung, Kultur- und Freizeitangebote [...]“<sup>67</sup> So werden Öffentliche Bibliotheken mitgedacht.

## 2.2.2 Neuausrichtung der bundesdeutschen Gesundheitspolitik

Vor dem Hintergrund der oben skizzierten Ausgangslage sind die öffentlichen Anstrengungen verstärkt worden, die Chancen auf eine lange Lebenszeit in guter Gesundheit für alle Menschen unabhängig von deren persönlichen Eigenschaften, von Region oder sozialen Komponenten zu ver-

<sup>62</sup> Vgl. ROBERT KOCH-INSTITUT (2015), S. 148. In Verbindung mit einem niedrigen sozialen Status treten häufiger Krankheiten wie „Herzinfarkt, Schlaganfall [und] Diabetes“ auf, aber auch psychische Krankheiten gehen häufiger einher. Hingegen steigt mit einem höheren sozioökonomischen Status das Risiko für das Auftreten von Allergien oder das Burn-Out-Syndrom. Vgl. dazu: ROBERT KOCH-INSTITUT 2015, S. 491.

<sup>63</sup> Vgl. KOOPERATIONSVERBUND GESUNDHEITLICHE CHANCENGLEICHHEIT :Soziale Lage und Gesundheit: Fakten und Daten [verfügbar unter: <https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/kooperationsverbund/hintergruende-daten-materialien/soziale-lage-und-gesundheit-daten-fakten/> [22.05.2019]].

<sup>64</sup> ROBERT KOCH-INSTITUT (2015), S. 149.

<sup>65</sup> ROBERT KOCH-INSTITUT: Regionale Unterschiede [verfügbar unter: [https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Themen/RegUnterschiede/RegUnterschiede\\_node.html](https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Themen/RegUnterschiede/RegUnterschiede_node.html) [21.05.2019]].

<sup>66</sup> Ebd.

<sup>67</sup> <https://www.bundesregierung.de/breg-de/aktuelles/gleichwertige-lebensverhaeltnisse-schaffen-1515788> [21.05.2019].



bessern. Mit der Neuausrichtung der bundesdeutschen Gesundheitspolitik durch das Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz - PräVG) wurde unter anderem eine gesetzliche Berücksichtigung der „Lebenswelt Kommune“ erwirkt. Eine vertiefende Betrachtung hierzu erfolgt mit den späteren Ausführungen im Abschnitt 2.3. Der folgende Absatz schafft zuvor einen kurzen Überblick über wesentliche Inhalte des in Deutschland erstmalig verabschiedeten Gesetzes auf Bundesebene. Nachdem das Vorhaben in den zurückliegenden Jahren wiederholt gescheitert ist, hat der Bundesrat dem Präventionsgesetz am 10. Juli 2015 zugestimmt.<sup>68</sup>

Es gilt als politisch wegweisend, unterliegt dabei aber auch deutlicher Kritik.<sup>69</sup> Diese gründet vor allem darauf, dass das Präventionsgesetz lediglich als ein sogenanntes Artikelgesetz und damit als Teil des Sozialgesetzbuches verabschiedet wurde. So werden „[...] Prävention und Gesundheitsförderung mit diesem Gesetz nicht wirklich als eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe („Health in all policies“) gefasst [...]“.<sup>70</sup> Vielmehr entspricht die gegenwärtige Ausgestaltung des Präventionsgesetzes der sozialversicherungsrechtlichen Gesetzgebungskompetenz des Bundes: „Es beschränkt sich weitgehend auf die Aufgaben der Krankenkassen; weder Bund oder Länder noch andere Sozialversicherungsträger [...] werden mit dem Präventionsgesetz stärker zur Finanzierung von Prävention und Gesundheitsförderung herangezogen.“<sup>71</sup> Zu unterscheiden sind drei vom Gesetzgeber definierte Leistungsbereiche: Neben dem für die vorliegende Arbeit relevanten Bereich der „Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten“ sind „Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention“ sowie der Bereich „Betriebliche Gesundheitsförderung“ von gesetzlicher Relevanz.<sup>72</sup> So sieht das Gesetz u.a. eine Erhöhung der Ausgaben für Leistungen der Krankenkassen zur Prävention und Gesundheitsförderung vor.<sup>73</sup> Es soll schließlich gelingen, „[...] die Zusammenarbeit von Sozialversicherungsträger, Länder und Kommunen in den Bereichen Prävention und Gesundheitsförderung [...]“<sup>74</sup> zu verbessern. GERLINGER übt stellvertretend für eine breite fachliche Meinung Kritik am trotzdem vergleichsweise niedrigen Ausgabenniveau. So kann auch „[...] weiterhin nur ein kleiner Teil der Gesamtbevölkerung bzw. der Risikogruppen erreicht werden.“<sup>75</sup> Für ein koordiniertes Zusammenwirken wurden seit Gesetzesbeschluss eine Reihe von neuen Arbeits- bzw. Organisationsstrukturen und Gremien gebildet.<sup>76</sup> Die bisher gemachten Erfah-

---

<sup>68</sup> Vgl. GERLINGER (2016), S. 798.

<sup>69</sup> Vgl. GERLINGER (2016), S. 798 f.

<sup>70</sup> GERLINGER (2016), S. 806.

<sup>71</sup> GERLINGER (2016), S. 805.

<sup>72</sup> Vgl. PRÄVG.

<sup>73</sup> Vgl. GERLINGER (2016), S. 803. Die Werte belaufen sich „von bisher 2,74 Euro über 3,17 Euro für 2015 auf 7 Euro ab 2016“ für jeden Versicherten. Für Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten sind jeweils 2 Euro vorgegeben.

<sup>74</sup> BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT (2018).

<sup>75</sup> GERLINGER (2016), S. 807.

<sup>76</sup> Vgl. GEENE/REESE (2016), S. 43 f. Die Autoren geben an dieser Stelle einen vertiefenden Einblick in zentrale Strukturelemente. Einen ersten visuellen Überblick dazu ermöglicht bspw. GERLINGER (2016), S. 801.

rungen und Ergebnisse im Prozess der bundesweiten Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung werden erstmals im Juli 2019 publiziert. Zukünftig ist die Erstellung eines Präventionsberichtes im Abstand von vier Jahren geplant.

### 2.3 Zum Bedeutungszuwachs der „Lebenswelt Kommune“

Präventive und gesundheitsfördernde Strategien, wie sie die bereits skizzierten Entwicklungen in Deutschland erfordern, orientieren sich verstärkt an den alltäglichen Lebenswelten der Menschen. Die nachfolgenden Ausführungen skizzieren die dahinterliegende Idee; der Setting-Ansatz in der Gesundheitsförderung gilt als wohl bedeutendstes Konzept seines Fachgebietes und misst dem kommunalen Lebensraum einen zentralen Stellenwert bei.<sup>77</sup> Eine verbindliche Grundlage für dieses Vorgehen findet sich erstmals im Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention vom 25. Juli 2015.<sup>78</sup> Im Folgenden wird die Relevanz der Lebenswelt Kommune zwischen gesundheitswissenschaftlichem Verständnis und gesundheitspolitischer Einbettung in das Fünfte Sozialgesetzbuch umrissen.

Der Setting-Ansatz findet seinen Ursprung im Zusammenhang mit den Zielen und Inhalten der ersten internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung in den 1980er-Jahren. Mit der nachfolgenden Formulierung gelingt ein entscheidender Schritt, wörtlich heißt es: „Health is created and lived by people within the settings of their everyday life; where they learn, work, play, and love.“<sup>79</sup> Dementsprechend „[...] sollten somit nicht länger nur Individuen und ihr Verhalten selbst Objekte von Interventionen darstellen, sondern auch die sozialen Systeme und Organisationen, in denen sie sich aufhalten.“<sup>80</sup> Die Begriffe „Setting“ und „Lebenswelt“ werden im weiteren Verlauf und in Anlehnung an die vorliegende Fachliteratur synonym verwendet. Sie stellen hierbei einen Sozialzusammenhang dar, „[...] in dem Menschen sich in ihrem Alltag aufhalten und der Einfluss auf ihre Gesundheit hat.“<sup>81</sup> HARTUNG & ROSENBROCK führen vertiefend aus:

*„Dieser soziale Zusammenhang ist relativ dauerhaft und seinen Mitgliedern auch subjektiv bewusst [...] Er drückt sich aus durch formale Organisation (z.B. Betrieb, Schule, Kita), regionale Situation (z.B. Kommune, Stadtteil, Quartier), gleiche Lebenslage (z.B. Rentner/Rentnerinnen), gemeinsame Werte bzw. Präferenzen (z.B. Religion, sexuelle Orientierung) bzw. durch eine Kombination dieser Merkmale.“<sup>82</sup>*

<sup>77</sup> Vgl. HARTUNG/ROSENBROCK (2015), S. 892 f.

<sup>78</sup> Vgl. ebd.

<sup>79</sup> WHO (1986).

<sup>80</sup> ENGELMANN/HALKOW (2008), S. 26.

<sup>81</sup> HARTUNG/ROSENBROCK (2015), S. 892.

<sup>82</sup> Ebd.

Damit sind einige aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht bedeutsame Lebenswelten genannt.<sup>83</sup> Die „Lebenswelt Kommune“ als ein sogenanntes „Dach-Setting“ wird im späteren Verlauf der Ausführungen gesondert vorgestellt. Öffentliche Bibliotheken werden innerhalb der vorliegenden Arbeit als Einrichtungen der kommunalen Infrastruktur betrachtet, sie sind somit Teil des kommunalen Lebensraumes.<sup>84</sup> Settingbasierte Interventionen lassen wie folgt umreißen: Grundsätzlich kann zwischen der „individuellen Ebene“ und der „Ebene der Strukturbildung“ unterschieden werden. Ein partizipativ ausgerichtetes Vorgehen wird zudem betont.<sup>85</sup> Für die beiden erstgenannten Perspektiven wurde bereits mit den Ausführungen zum Determinantenmodell der Gesundheit von RICHTER & HURRELMANN eine begrifflich-konzeptionelle Unterscheidung vorgenommen. Entsprechende Interventionsmaßnahmen innerhalb der eingeführten Lebenswelten „[...] stärken die Kompetenzen und Ressourcen der im Setting lebenden [bzw. darüber erreichbaren] Personen“.<sup>86</sup> Hierbei wird ein Setting „[...] zur Erreichung einer bestimmten Zielgruppe genutzt, um dort Angebote der verhaltensbezogenen Prävention, z.B. im Hinblick auf die Grob Risiken Ernährung, Bewegung, Stress und Drogen zu platzieren.“<sup>87</sup> RICHTER & HURRELMANN verweisen wiederum auf den begrenzten Erfolg dieser Vorgehensweise und sprechen sich für eine verstärkte Betonung verhältnispräventiver Interventionen aus.<sup>88</sup> Diese zielen, wie bereits eingeführt, auf gesundheitsförderliche Veränderungen von Abläufen und Strukturen im Setting. Innerhalb der praktischen Arbeit ist häufig keine trennscharfe Differenzierung zwischen beiden Interventionsarten möglich, im Ideal sollen „[...] kontext- und individuumsbezogene Maßnahmen sich wechselseitig unterstützend kombiniert werden [...]“.<sup>89</sup> Schließlich sind die Interventionen partizipativ ausgerichtet, dass bedeutet „[...] Beteiligungsmöglichkeiten in allen Phasen der Gesundheitsförderung (Bedarfserhebung, Planung, Umsetzung, Bewertung) zu schaffen und sicherzustellen, dass die Beteiligungsprozesse den Erfahrungen und Möglichkeiten der Zielgruppen entsprechend (zielgruppengerecht) gestaltet sind.“<sup>90</sup> Die WHO stellt heraus, dass ein solches lebensweltlich ausgerichtetes Vorgehen „[...] die Aufmerksamkeit verstärkt auf die Stellen konzentriert, wo Gesundheit gefördert und erhalten wird [...]“.<sup>91</sup>

<sup>83</sup> Auch BLÄTTNER & WALLER gruppieren diese gesundheitswissenschaftlich anerkannten und bereits vielfach beforschten Lebenswelten in vier übergeordnete Bereiche, dies umfasst etwa eine „räumliche Perspektive“, „Institutionen und Organisationen“, verschiedene „Lebensbereiche“ sowie unterschiedliche „Lebensphasen“. Vgl. BLÄTTNER/WALLER (2018), S. 224.

<sup>84</sup> BLÄTTNER & WALLER (2018) verweisen darauf, dass beispielsweise auch Freizeiteinrichtungen als „Settings der Gesundheitsförderung“ in Betracht kommen und führen hier Sportvereine an, vgl. S. 224. Insbesondere in der herangezogenen, deutschsprachigen Fachliteratur wurde jedoch kein deutlicher Hinweis darauf gefunden, dass Öffentliche Bibliotheken als quasi „eigenständige“, anerkannte „Settings der Gesundheitsförderung“ gelten und in diesem Sinne Eingang in die Forschungsaktivitäten der Gesundheitswissenschaften gefunden haben.

<sup>85</sup> Vgl. GESUNDHEIT BERLIN-BRANDENBURG E. V. (2014), S. 15.

<sup>86</sup> KOOPERATIONSVERBUND GESUNDHEITLICHE CHANCENGLEICHHEIT (2015), S. 15.

<sup>87</sup> HARTUNG/ROSENBROCK (2015), S. 893.

<sup>88</sup> Vgl. die Ausführungen im Abschnitt 2.1.

<sup>89</sup> BLÄTTNER/WALLER (2018), S. 224.

<sup>90</sup> KOOPERATIONSVERBUND GESUNDHEITLICHE CHANCENGLEICHHEIT (2015), S. 31.

<sup>91</sup> WHO (1999), S. 117 f.

Der Setting-Ansatz in der Gesundheitsförderung ist ein international anerkanntes wissenschaftliches Konzept seines Fachgebietes. Mit dem „Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention“ aus dem Jahr 2015 wurden in Deutschland erstmals rechtliche Rahmenbedingungen zum Setting-Ansatz vereinbart. Die zentrale Bedeutung der „Lebenswelt Kommune“ wird in diesem Zusammenhang eingeführt. Dabei sind Lebenswelten nach § 20a SGB V „für die Gesundheit bedeutsame, abgrenzbare soziale Systeme insbesondere des Wohnens, des Lernens, des Studierens, der medizinischen und pflegerischen Versorgung sowie der Freizeitgestaltung einschließlich des Sports.“ Das Kapitel 2 (Grundsätze) der Bundeseinheitlichen Rahmenempfehlungen der Nationalen Präventionskonferenz verweist in einer erweiterten Darstellung auf die besondere Rolle der Kommunen:

*„Die Kommune (auch Stadtteil/Quartier) ist eine Lebenswelt von besonderer Bedeutung, weil sie die anderen in der Aufzählung genannten Lebenswelten umgreift. In der Lebenswelt Kommune werden auch Zielgruppen erreicht, die nicht über eine der anderen genannten Lebenswelten erreicht werden können (z.B. allein lebende Ältere, Arbeitslose, Selbständige, Freiberufler, Hausfrauen/-männer, Erwerbsgeminderte). Darüber hinaus besitzen Kommunen - zusätzlich zu und auch unabhängig von ihrer Trägerverantwortung für einzelne weitere Lebenswelten wie Kindertagesstätten und Schulen - politische Gestaltungskompetenz für ihr Gebiet“.*<sup>92</sup>

Aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht ist dies ein bedeutsamer Schritt.<sup>93</sup> Die herausragende Rolle der Lebenswelt Kommune kann unter folgenden Gesichtspunkten zusammengefasst werden. Ihr werden in Anlehnung an BÄR (2014) sechs Funktionen zugeschrieben:

- **„Komplementäre Funktion:** Im Setting Stadtteil kann es gelingen, „vergessene“ bzw. institutionell schwer erreichbare Adressatinnen und Adressaten einzubeziehen.
- **Koordinierende Funktion:** Das Setting Stadtteil unterstützt und steuert Teil-Settings wie Kita oder Schule mit und fördert die gemeinsame strategische Abstimmung.
- **Kumulative Funktion:** Im Setting Stadtteil/Quartier wird ein gemeinsames Vorgehen entwickelt, das Synergieeffekte hervorruft, beispielsweise bei der Verständigung auf gemeinsame Bedarfe und der Mittelakquise.
- **Politisierende Funktion:** Über die Stadtteilentwicklung lässt sich die öffentliche Verantwortung für die Gesundheitsförderung und die gesundheitliche Chancengleichheit thematisieren und stärken.
- **Integrierende Funktion:** Es findet ein lokaler Austausch über Perspektiven und gute Praxis sowie ein gemeinsamer Lernprozess statt.

<sup>92</sup> NATIONALE PRÄVENTIONSKONFERENZ (2016), S. 6; vgl. dazu NATIONALE PRÄVENTIONSKONFERENZ (2018), S. 7.

<sup>93</sup> Vgl. GERLINGER (2016), S. 805 f.

- **Emergenzfördernde Funktion:** Durch die Zusammenarbeit wird das lokale Normen und Wertesystem verändert. Dabei entstehen kollektive Ressourcen.“<sup>94</sup>

Allerdings wird dieser Möglichkeitsraum aus gesundheitswissenschaftlicher Fachperspektive durch die eben sozialversicherungsrechtliche Ausgestaltung des Präventionsgesetzes beschränkt. Aufgrund bisheriger Erfahrungen im Umsetzungsprozess merkt GERLINGER kritisch an, „[...] dass das Präventionsgesetz Lebenswelten eher als Räume zu verstehen scheint, in denen Präventionsbotschaften vermittelt werden [...], denn als Räume, die selbst der Veränderung bedürfen.“<sup>95</sup> Er sensibilisiert für den klaren Wortlaut des Gesetzes, demnach sieht es vor, „[...] dass die Krankenkassen bei der Primärprävention in Lebenswelten [...] „insbesondere den Aufbau und die Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen“ fördern sollen [...].“<sup>96</sup> Einschränkend muss angemerkt werden, dass der Wirkungs- und Weisungsbereich durch die per Gesetz bestimmten Leistungserbringer entsprechend eingeschränkt ist. So gilt der dargelegte Anspruch aus einer gesundheitswissenschaftlichen Fachperspektive darüber hinaus für den gesamten kommunal(politischen) Handlungsraum.

Die Vereinbarung bundeseinheitlicher Rahmenempfehlungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten ist schließlich Teil der gesetzlichen Bestimmungen.<sup>97</sup> Dabei „haben sich die Beteiligten auf die gemeinsamen Ziele „gesund aufwachsen“, „gesund leben und arbeiten“ sowie „gesund im Alter“ verständigt.“<sup>98</sup> Die erste weiterentwickelte Fassung der Bundeseinheitlichen Rahmenempfehlungen vom 29. August 2018 erlaubt ebenso wie ihre Vorgängerin durchaus eine Verbindung zum Wirkungsbereich Öffentlicher Bibliotheken. Die Rahmenempfehlungen verweisen im Anhang 3 auf mögliche „Handlungsfelder, Beiträge der Mitgliedsorganisationen der NPK-Träger und zu beteiligende Organisationen und Einrichtungen“ zum Themenschwerpunkt Gesundheit im Alter.<sup>99</sup> Die betont exemplarische Nennung zu beteiligender Organisationen und Einrichtungen (über die gesetzlich bestimmten Akteure hinaus) umfasst unter anderem „Kultur- und Freizeitvereine“, auch sie „können sich themenbezogen und in Abhängigkeit der regionalen Bedarfe und Möglichkeiten mit Ressourcen einbringen“.<sup>100</sup> Im Zusammenhang mit den übergeordneten Zielen „gesund aufwachsen“ sowie „gesund leben und arbeiten“ wird an dieser Stelle

<sup>94</sup> Siehe die Tabelle zu Funktionen des Setting-Ansatzes Quartier/Stadtteil (nach BÄR: 2014) [verfügbar unter: <https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/pdf.php?id=c34e986fadce6eb81dd06dfe638ab187> [22.05.2019]].

<sup>95</sup> GERLINGER (2016), S. 806.

<sup>96</sup> Ebd.

<sup>97</sup> In der Präambel der Bundesrahmenempfehlungen der NATIONALEN PRÄVENTIONSKONFERENZ (NPK) nach § 20d Abs. 3 SGB V heißt es: Sie dienen „der Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention sowie der Zusammenarbeit der für die Erbringung von Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten und in Betrieben zuständigen Träger und Stellen insbesondere durch Festlegung gemeinsamer Ziele, vorrangiger Handlungsfelder und Zielgruppen, zu beteiligender Organisationen und Einrichtungen sowie zu Dokumentations- und Berichtspflichten.“

<sup>98</sup> BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT (2018).

<sup>99</sup> Vgl. NATIONALE PRÄVENTIONSKONFERENZ (2016), S. 45.

<sup>100</sup> NATIONALE PRÄVENTIONSKONFERENZ (2016), S. 45.

kein vergleichbarer Bezug formuliert. An anderer Stelle der vorliegenden Arbeit wird bzw. konnte er bereits aufgezeigt werden.

Zusammenfassend lässt sich festhalten: Mit der Neuausrichtung der bundesdeutschen Gesundheitspolitik durch das Präventionsgesetz kommt den Kommunen eine besondere Beachtung zu. Und auch die vom Präventionsgesetz nicht berührten Bereiche und Potenziale im kommunalen Raum haben aus gesundheitswissenschaftlicher Perspektive eine praktische Relevanz. Anknüpfend an die vorangegangenen Ausführungen leitet dieser Abschnitt zum Konzept integrierter kommunaler Strategien der Gesundheitsförderung über.

### 3 Integrierte kommunale Strategien der Gesundheitsförderung

Im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention erfährt die „Lebenswelt Kommune“ eine besondere Beachtung. Sie bildet ebenfalls den Ausgangspunkt für den Auf- und Ausbau von integrierten kommunalen Strategien der Gesundheitsförderung, einem vergleichsweise noch jungen Forschungsbereich.<sup>101</sup> Diese legen ein erweitertes Verständnis von Gesundheit zugrunde, wie es bereits im vorherigen Kapitel dargestellt wurde.

Mit dem nun betrachteten, integrierten Handlungskonzept rücken die kommunalen Gestaltungsmöglichkeiten zur Verbesserung von gesundheitlicher Chancengleichheit und Gesundheitssituation in den Mittelpunkt: Präventionsketten „sollen die Voraussetzungen für ein möglichst langes und gesundes Leben für alle Menschen der Kommune verbessern, unabhängig von der jeweiligen sozialen Lage.“<sup>102</sup> An dieser Stelle erfolgt zunächst eine Einführung in die theoretischen und konzeptionellen Grundlagen, im weiteren Verlauf werden schwerpunktmäßig mögliche hemmende oder förderliche Faktoren für die Entwicklung und Verstetigung von Präventionsketten aufgezeigt. Darauf gestützt wird im vierten Kapitel schließlich am Beispiel von zwei bezirklichen Präventionsketten im Land Berlin in theoriegestützter Form dargelegt, wie sich Öffentliche Bibliotheken in den inhaltlich-konzeptionellen Rahmen einfügen.

#### 3.1 Begriffliche und konzeptionelle Grundlagen

Eine Auswertung gesundheitswissenschaftlicher Fachliteratur ergibt, dass sich bislang keine allgemeingültige Definition des Handlungsansatzes herausgebildet hat.<sup>103</sup> Im Folgenden werden verschiedene Definitionsansätze vorgestellt und damit gleichzeitig unterschiedliche Begriffsbezeichnungen eingeführt: Neben der in der Kapitelüberschrift verwendeten Bezeichnung wird im thematischen Zusammenhang häufig der Begriff „Präventionskette“ genutzt. Die einleitend herangezogene Publikation entstand im Rahmen eines vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderten Vorhabens für gesunde Kommunen (Forschungsverbund PartKommPlus)<sup>104</sup> und fragt nach den grundlegenden Voraussetzungen für das Gelingen von integrierten Strategien kommunaler Gesundheitsförderung.<sup>105</sup> Die vorliegende Veröffentlichung legt die „Expertise verschiedener Akteursgruppen - Kommunalverwaltung, Kommunalpolitik, Krankenkassen und Wissenschaft“<sup>106</sup> dar. Verbunden hiermit konnten die Interviewten ihre bisherigen Erfahrungen, Ergänzungsvorschläge und Kritik zu der ihnen vorgelegten, und hier im Anschluss eingeführten Definition ein-

<sup>101</sup> Vgl. KOOPERATIONSVERBUND GESUNDHEITLICHE CHANCENGLEICHHEIT (2013).

<sup>102</sup> Ebd.

<sup>103</sup> Vgl. BÖHME/REIMANN (2018), S. 5.

<sup>104</sup> Vgl. <http://partkommplus.de/> [14.04.2019].

<sup>105</sup> Vgl. BÖHME/REIMANN (2018), S. 5f.

<sup>106</sup> Vgl. BÖHME/REIMANN (2018), S. 6. Es wurden 28 leitfadengestützte Interviews durchgeführt. Eine Auflistung aller Beteiligten (unterschiedlicher Wirkungsbereiche und Professionen) ist an dieser Stelle verfügbar.

bringen. Sie bereichern aktuell, professionsübergreifend und kritisch die Darstellung ausgewählter Begriffserläuterungen und Entwicklungstendenzen beim Auf- und Ausbau von Präventionsketten. Das nun folgende Verständnis wurde von BÖHME & REIMANN zur Diskussion gestellt:

*„Unter integrierten kommunalen Strategien der Gesundheitsförderung wird ein gesamts-  
strategisches und koordiniertes Vorgehen sowie das Zusammenspiel verschiedener Verwal-  
tungsressorts verstanden, mit dem Ziel, gesundheitsförderliche Lebenswelten und Ange-  
bote für alle Altersgruppen (Kinder und Jugendliche, Erwachsene, ältere Menschen) zu  
schaffen. Dabei liegt ein besonderes Augenmerk darauf, die gesundheitlichen Chancen  
für Menschen in sozioökonomischen Risikolagen zu erhöhen. Präventive Angebote und  
Maßnahmen werden hierfür über kommunale Ressortgrenzen hinweg und unter Einbezie-  
hung verwaltungsexterner Akteure sowie der Zielgruppen aufeinander abgestimmt.“<sup>107</sup>*

So stimmen viele der Befragten dieser Umschreibung zu: Sie „[...] sei schlüssig und vollständig, sie decke alle wesentlichen Kernelemente integrierter Strategien kommunaler Gesundheitsförder-  
ung ab [...]“<sup>108</sup>. Diese Definition sei zugleich komplex und anspruchsvoll, sie eröffnet Raum zur  
Diskussion.<sup>109</sup> Auf die einzelnen Bestandteile der vorgestellten Begriffsbeschreibung soll im Fol-  
genden vertiefend eingegangen werden, gleichzeitig werden damit die konzeptionellen Grundla-  
gen aufgezeigt. Die nachfolgenden sechs<sup>110</sup> Abschnitte sind entsprechend thematisch unterschied-  
lich ausgerichtet: Einleitend wird auf die Begriffsbezeichnung zum betrachteten Handlungskon-  
zept eingegangen, ein zweiter Sinnabschnitt bezieht sich auf die Frage der methodisch-konzeptio-  
nellen Vorgehensweise. Hierauf folgt eine Bestimmung der zu beteiligen kommunalen Akteure,  
ein nächster Abschnitt konkretisiert die Zielgruppen und Handlungsfelder. Darüber hinaus werden  
die kooperativen Ansprüche des Handlungskonzeptes herausgestellt und weitere zentrale konzep-  
tionelle Aspekte eingeführt. Nicht immer können gewisse inhaltliche Überschneidungen vermie-  
den werden.

*Erstens* wird deutlich, dass innerhalb der vorhandenen fachwissenschaftlichen Literatur bzw. pra-  
xisnahen Veröffentlichungen unterschiedliche Begriffsbezeichnungen zu finden sind. In Anleh-  
nung an die eingangs ausgewählte Publikation wird mit der Begriffsbezeichnung „Integrierte Stra-  
tegien kommunaler Gesundheitsförderung“ begonnen. Diese Begriffsbezeichnung ist eine aus-  
drucksstarke Formulierung mit dem Potenzial zur sprachlichen Verkürzung.<sup>111</sup> Losgelöst von

<sup>107</sup> BÖHME/REIMANN (2018), S. 8.

<sup>108</sup> Ebd.

<sup>109</sup> Vgl. ebd.

<sup>110</sup> Den Ausgangspunkt innerhalb der Darstellungen bildet häufig die einleitend ausgewählte Definition. Die einzelnen Abschnitte werden dabei um weitere fachwissenschaftliche Sichtweisen und Defini-  
tionsansätze zum vorgestellten Konzept ergänzt.

<sup>111</sup> Vgl. BÖHME/REIMANN (2018), S. 9f. Die im Rahmen der Befragungen erhaltenen Rückmeldungen zu  
dieser Wahl verdeutlichen zum Teil das Bedürfnis nach einer geeigneten sprachlichen Verkürzung und  
gleichzeitig ausdrucksstarken Formulierung. Eine ähnliche Einschätzung gilt in Hinblick auf eine mög-  
licher Weise „erleichterte“ Kommunikation zwischen einer Vielzahl verschiedener fachlicher Perspek-  
tiven, Verantwortungsbereichen und Akteuren im kommunalen Raum.



sprachlichen Gestaltungsvarianten muss es jedoch gelingen, den dahinter stehenden konzeptionellen Anforderungen gerecht zu werden.<sup>112</sup> Insgesamt weist die weiterführende Literatur zum Themengebiet auf eine begriffliche Varianz hin. So nutzen RICHTER-KORNWEITZ et al. innerhalb ihrer Ausführungen fast ausschließlich den Begriff der „Präventionskette(n)“ und verfolgen mit der bevorzugten Kurzform eine ähnlich umfassende konzeptionelle Sicht.<sup>113</sup> Innerhalb der beiden zusätzlich herangezogenen Publikationen des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit (2013 und 2015) finden sich entsprechende Begriffsbezeichnungen und -variationen.<sup>114</sup> Für die Entwicklung und Verstetigung von Präventionsketten scheint auch der begriffliche Zugang zum Konzept relevant. BÖHME & REIMANN resümieren nach Auswertung der Befragungsergebnisse, dass es förderlich sein kann „[...] den Begriff und die hinter ihm stehenden Handlungsprinzipien adressatenspezifisch (Wissenschaft, Kommunalverwaltung und -politik, Krankenkassen, freie Träger, Praktikerinnen und Praktiker vor Ort, Bürgerinnen und Bürger) aufzubereiten und zu kommunizieren.“<sup>115</sup> Dabei könne der Begriff „Präventionskette“ eine Alternative zur längeren Bezeichnung bilden.<sup>116</sup>

*Zweitens* folgt der Auf- und Ausbau integrierter kommunaler Strategien der Gesundheitsförderung keiner abschließend festgelegten Vorgehensweise, vielmehr existieren „[...] so viele lokale Wege zur Präventionskette wie Kommunen in Deutschland“.<sup>117</sup> Sie sollen dabei flächendeckend gedacht und umgesetzt werden.<sup>118</sup> Die inhaltliche Gestaltung und das organisatorische Vorgehen richten sich grundsätzlich an den jeweiligen kommunalen Gegebenheiten, den Bedürfnissen und Bedarfen der dort lebenden Menschen aus. RICHTER-KORNWEITZ ET AL. führen ergänzend an, dass ihre konkrete Ausgestaltung und Umsetzung „[...] sozialräumlich unterschiedlich sein [kann] - die Gesamtkommune, den Stadtteil oder ein Quartier betreffend.“<sup>119</sup> Dies wird im späteren Verlauf dieses Kapitels auch innerhalb der ausgewählten bezirklichen Präventionsketten im Land Berlin deutlich. Zugleich haben integrierte kommunale Strategien der Gesundheitsförderung gemein, dass sie eine nachhaltige Verbesserung von Gesundheit und Gesundheitschancen in Deutschland anstreben. In diesem Sinne werden zentrale Erkenntnisse des vorherigen Kapitels konzeptionell aufgegriffen.

Allen Präventionsketten gemeinsam ist dabei ein Anknüpfen an bereits „Vorhandenes“.<sup>120</sup> Sie beruhen zunächst auf der Annahme, dass bereits eine Vielzahl von anschlussfähigen, der Gesundheit

<sup>112</sup> Vgl. BÖHME/REIMANN (2018), S. 9.

<sup>113</sup> Vgl. RICHTER-KORNWEITZ/HOLZ/KILIAN (2017), S. 809f.

<sup>114</sup> Sie nutzen vorrangig die Begriffsumschreibungen „Integrierte kommunale Strategien“, „kommunale Gesundheitsstrategien“ bzw. „Präventionsketten“. Vgl. KOOPERATIONSVERBUND GESUNDHEITLICHE CHANCENGLEICHHEIT (2013)/(2015).

<sup>115</sup> BÖHME/REIMANN (2018), S.61.

<sup>116</sup> Vgl. ebd.; KOOPERATIONSVERBUND GESUNDHEITLICHE CHANCENGLEICHHEIT (2013).

<sup>117</sup> BzGA (2013), S. 7.

<sup>118</sup> Vgl. ebd.

<sup>119</sup> RICHTER-KORNWEITZ/HOLZ/KILIAN (2017), S. 812.

<sup>120</sup> Vgl. RICHTER-KORNWEITZ/HOLZ/KILIAN (2017), S. 809.

förderlicher Angebote und Strukturen auf kommunaler Ebene bestehen, es gilt diese besser zu verbinden, „[...] öffentliche Ressourcen zugänglich zu machen, um so unterschiedlichen Bedarfen gerecht zu werden [...].“<sup>121</sup> Integrierte kommunale Strategien der Gesundheitsförderung sollen hierbei einen gemeinsamen konzeptionellen Rahmen bieten. Dies umschließt „[...] verschiedene Ressourcen und zwar sowohl finanzielle Mittel (z.B. Mittel unterschiedlicher Fachressorts, Fördermittel, private Mittel) als auch Sachmittel (z.B. Räume, technische Ausstattung) sowie personelle Ressourcen und Know-How.“<sup>122</sup> Auch eine wirkungsvolle Verknüpfung zwischen Präventionsketten und dem Modell der Bildungsketten (Bildungslandschaften) ist Teil der fachwissenschaftlichen Diskussion.<sup>123</sup> Bildung „[...] prägt als eine soziale Determinante gesundheitsrelevante Lebensbedingungen, Teilhabechancen und Verhaltensweisen und hat so direkte und indirekte Auswirkungen auf die Gesundheit.“<sup>124</sup> Entsprechend sollten beide Konzepte - Präventionsketten und Bildungsketten - zukünftig zusammen gedacht werden.<sup>125</sup> Bei der Entwicklung integrierter kommunaler Strategien der Gesundheitsförderung soll der Aufbau von Doppelstrukturen vermieden werden.<sup>126</sup> Sie stellen sich schließlich als ein fortwährender Prozess dar, „[...] bestehende und neue Strukturelemente und Akteure [werden] so zusammengeführt, dass ein abgestimmtes Handeln im Rahmen einer integrierten kommunalen Gesamtstrategie möglich wird.“<sup>127</sup>

*Drittens* erfordert der Auf- und Ausbau integrierter kommunaler Strategien die gezielte Einbindung aller relevanter Akteure.<sup>128</sup> Damit einhergehend ergibt sich ein Kooperations- und ein eben solcher Koordinationsbedarf.<sup>129</sup> Beides wird im späteren Verlauf detaillierter ausgeführt. Zuvor geht es um die bereits angekündigte Frage, wer einzubinden ist. Die herangezogene Publikation von BÖHME & REIMANN unterstreicht u.a. die Bedeutung der Kommunalverwaltungen und fragt danach, „[...] welche Fachämter der Verwaltung bei der Entwicklung und Umsetzung von integrierten Strategien kommunaler Gesundheitsförderung beteiligt sein sollten.“<sup>130</sup> Die Argumentation gründet auf einem eher breiten Gesundheitsbegriff, ist themen- und zielgruppenbezogen und mündet in einem „Plädoyer für die Beteiligung eines breiten Spektrums von Ämtern“.<sup>131</sup> Demnach müssten grundsätzlich alle Ämter involviert sein, in Abhängigkeit von den jeweiligen Themen und Zielgruppen kann die Zusammensetzung jedoch variieren. Aufgrund der bisherigen Erfahrun-

<sup>121</sup> RICHTER-KORNWEITZ/HOLZ/KILIAN (2017), S. 809.

<sup>122</sup> KOOPERATIONSVERBUND GESUNDHEITLICHE CHANCENGLEICHHEIT (2015), S. 40.

<sup>123</sup> Vgl. KOOPERATIONSVERBUND GESUNDHEITLICHE CHANCENGLEICHHEIT (2017).

<sup>124</sup> KOOPERATIONSVERBUND GESUNDHEITLICHE CHANCENGLEICHHEIT (2017).

<sup>125</sup> Vgl. ebd. Zu beobachten ist dies beispielsweise im Zusammenhang mit den Aktivitäten zum Ausbau einer Präventionskette im Bezirk Friedrichshain-Kreuzberg. Dabei handelt sich um ein kooperativ ausgerichtetes Handlungskonzept zur Verbesserung von Bildungs- und Gesundheitschancen für Kinder- und Jugendliche im Bezirk, Öffentliche Bibliotheken sind hierbei involviert.

<sup>126</sup> Vgl. KOOPERATIONSVERBUND GESUNDHEITLICHE CHANCENGLEICHHEIT (2013).

<sup>127</sup> RICHTER-KORNWEITZ/HOLZ/KILIAN (2017), S. 809.

<sup>128</sup> Vgl. RICHTER-KORNWEITZ/HOLZ/KILIAN (2017), S. 812.

<sup>129</sup> Vgl. KOOPERATIONSVERBUND GESUNDHEITLICHE CHANCENGLEICHHEIT (2013).

<sup>130</sup> BÖHME/REIMANN (2018), S. 23.

<sup>131</sup> Ebd.

gen und auch der fachlichen Nähe werden die Bereiche Gesundheit, Soziales und Jugend von den Gesprächspartner\*innen besonders hervorgehoben.<sup>132</sup> Der idR. die Öffentlichen Bibliotheken betreffende Fachbereich Kultur findet bei BÖHME & REIMANN keine explizite Erwähnung.

RICHTER-KORNWEITZ ET AL. führen aus, dass „[...] im Idealfall alle Akteure und Institutionen eingebunden [sind], die Einfluss auf die Gestaltung gesundheitlicher Bedingungen in bestimmten Lebensphasen und den Übergängen zwischen diesen haben.“<sup>133</sup> Stelle ein kommunales Konzept die Chancen für ein gesundes Aufwachsen z.B. Jugendlicher in den Mittelpunkt, so „[...] müssten auch die Bereiche schulische und außerschulische Bildung, Freizeit (z.B. kommunale Freizeiteinrichtungen und freie Träger der Jugendarbeit, Sportvereine, musische und kulturelle Angebote), [...] eingebunden sein.“<sup>134</sup> Demnach sollten also auch Öffentliche Bibliotheken als „Kultur- und Bildungseinrichtungen“ integriert sein. Insgesamt betrachtet zeigt sich eine vergleichsweise umfassende Perspektive, die eine Beteiligung auch Öffentlicher Bibliotheken - in Abhängigkeit der jeweiligen Themen, Zielgruppen und kommunalen Gegebenheiten - ebenso umschließt wie ihre Unterhaltsträger.

*Viertens* geht es darum, an welche Zielgruppen sich integrierte kommunale Strategien der Gesundheitsförderung richten. Darüber hinaus erfolgt eine inhaltliche Zusammenfassung zu den wesentlichen Handlungsfeldern und thematischen Schwerpunkten. Den Bezugsrahmen dazu bilden vor allem die im zweiten Kapitel dargestellten Inhalte. Präventionsketten adressieren im Sinne der einleitenden Definition „alle Altersgruppen (Kinder und Jugendliche, Erwachsene, ältere Menschen)“<sup>135</sup>, dies entspricht ebenso der Haltung des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit.<sup>136</sup> Präventionsketten richten sich demnach grundsätzlich an alle Menschen der Kommune<sup>137</sup>. In ebenso einvernehmlicher und deutlicher Ausrichtung gilt es, „[...] die gesundheitlichen Chancen für Menschen in sozioökonomischen Risikolagen zu erhöhen.“<sup>138</sup>

Die bisherige Praxis zeigt: „Die abgestimmte Gestaltung [...] ist über den gesamten Lebensverlauf vorstellbar, ist aber derzeit meist auf die Koordinierung der Angebote im Kinder- und Jugendalter ausgerichtet.“<sup>139</sup> Als Begründung wird die herausragende Bedeutung dieser Lebensphase angeführt.<sup>140</sup> Gerade für diese Zielgruppen scheint es aufgrund der Angebotsvielfalt leichter, sich an bereits Vorhandenem im kommunalen Raum zu orientieren und Verbindungen zu knüpfen.<sup>141</sup> Von herausragender Relevanz sind dabei die jeweiligen Übergänge zwischen den verschiedenen Le-

---

<sup>132</sup> Vgl. ebd.

<sup>133</sup> RICHTER-KORNWEITZ/HOLZ/KILIAN (2017), S. 813.

<sup>134</sup> RICHTER-KORNWEITZ/HOLZ/KILIAN (2017), S. 814.

<sup>135</sup> BÖHME/REIMANN (2018), S. 8.

<sup>136</sup> Vgl. KOOPERATIONSVERBUND GESUNDHEITLICHE CHANCENGLEICHHEIT (2013).

<sup>137</sup> Vgl. ebd.

<sup>138</sup> BÖHME/REIMANN (2018), S. 8.

<sup>139</sup> KOOPERATIONSVERBUND GESUNDHEITLICHE CHANCENGLEICHHEIT (2013).

<sup>140</sup> Vgl. ebd.

<sup>141</sup> Vgl. ebd.

bensphasen.<sup>142</sup> Erklärtes Ziel kommunaler Präventionsketten ist es, zur Gestaltung biografisch bedeutsamer, gelingender Übergänge beizutragen und die dafür förderlichen Rahmenbedingungen zu schaffen.<sup>143</sup> So gehen Kinder und Jugendliche aus erfolgreich bewältigten Übergängen „[...] mit einem gestärkten Selbstwertgefühl hervor, was zur Entwicklung gesundheitlicher Ressourcen beiträgt. Werden Übergänge vorwiegend als Belastung oder Überforderung erfahren, kann dies zu einem Risikofaktor für die Gesundheit mit Langzeitfolgen führen.“<sup>144</sup> Vor allem kindzentriert werden häufig folgende Handlungsfelder mit einbezogen: „Elternberatung und -bildung“, „Ernährung, Bewegung, Gesundheit“, „Soziale und kulturelle Teilhabe“, „Sprachförderung für Eltern und für Kinder“.<sup>145</sup> Das dargelegte Verständnis von Gesundheit, die genannten Determinanten im Abschnitt 2.1, stehen hierbei in direkter Verbindung mit der möglichen Bandbreite an inhaltlichen Zugängen, um wiederum der Komplexität von „Gesundheit“ gerecht zu werden. Dabei ist ein Wechsel von der Risiko- zur Ressourcenperspektive, wie sie bereits beschrieben wurde, elementar.<sup>146</sup> Bislang sind Präventionsketten häufig betont kindzentriert ausgerichtet und scheinen mit Blick auf die ebenfalls wichtige Rolle der Kinder- und Jugendbibliotheksarbeit besonders anschlussfähig. Das betrachtete, integrierte Handlungskonzept verfolgt einen alle Altersstufen umfassenden Zielgruppenanspruch und so zeigt sich ein konzeptioneller Entwicklungsbedarf. Mit Blick auf die vorherigen Ausführungen zur demografischen Entwicklung in Deutschland kann wiederum auch für diese Altersgruppen grundsätzlich auf die Öffentlichen Bibliotheken in Deutschland verwiesen werden. Sie „[...] stellen sich der Herausforderung des Demografischen Wandels [...]“<sup>147</sup> aus ihrer Fachperspektive heraus.

*Fünftens* lassen sich weitere konzeptionelle Eckpunkte wie folgt zusammenfassen. Im vorigen Kapitel wurde für eine Sichtweise sensibilisiert, die zwischen dem Verhalten des Einzelnen und den jeweiligen Lebensverhältnissen unterscheidet, die dabei in wechselseitiger Abhängigkeit zueinander stehen; integrierte kommunale Strategien der Gesundheitsförderung sind entsprechend darauf ausgerichtet, „[...] gesundheitsförderliche Lebenswelten und Angebote für alle Altersgruppen (Kinder und Jugendliche, Erwachsene, ältere Menschen) zu schaffen.“<sup>148</sup> In diesem Zusammenhang sind die Aktivitäten zum Auf- und Ausbau kommunaler Präventionsketten in Nordrhein-Westfalen, hierbei das Modellvorhaben „Kein Kind zurücklassen! Kommunen in NRW beugen

<sup>142</sup> Sie werden etwa von RICHTER-KORNWEITZ & UTERMARK im „Werkbuch Präventionskette“ für die graphische Darstellung des Handlungskonzeptes genutzt. Der ersten Lebensphase rund um die Geburt folgen die jeweiligen Übergänge zwischen Krippe, Kita, Grundschule, Weiterführender Schule bis hin zur Berufsausbildung.

<sup>143</sup> Vgl. RICHTER-KORNWEITZ/HOLZ/KILIAN (2017), S. 811.

<sup>144</sup> KOOPERATIONSVERBUND GESUNDHEITLICHE CHANCENGLEICHHEIT (2013).

<sup>145</sup> BzGA (2013), S. 22.

<sup>146</sup> Vgl. BzGA(2013), S. 11.

<sup>147</sup> Vgl. bspw. die thematisch anschlussfähige Publikation „Challenge accepted!“ : Bibliotheken stellen sich der Herausforderung des Demografischen Wandels ; Positionen, Strategien, Modelle & Projekte von Hauke (2014). Ausgewählte Inhalte werden an späterer Stelle vertieft.

<sup>148</sup> BÖHME/REIMANN (2018), S. 8.

vor“ (KeKiz)<sup>149</sup>, zu nennen. Im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitforschung zum Modellvorhaben verweisen LOHSE ET AL. (2017) mit konkreter Nennung darauf, dass „[...] bspw. die Einrichtung von öffentlichen Bibliotheken eine Infrastrukturmaßnahme [ist], die (auch) präventiven Charakter hat, weil sie jungen Menschen kostenfreien Zugang zu vielfältigen Medien- und damit Bildungsangeboten eröffnet.“<sup>150</sup> Die späteren Ausführungen zu den Öffentlichen Bibliotheken erweitern diese hier zielgruppenspezifisch eingeschränkte Perspektive. Präventionsketten verstehen schließlich sich als ein wohnortnaher und niedrigschwelliger Zugang zur jeweiligen Zielgruppe.<sup>151</sup> Ein solche niedrigschwellige Vorgehensweise „[...] zeichnet sich dadurch aus, dass sie Zugangshürden zur Maßnahme aus Perspektive der Zielgruppen reflektiert. Sie formuliert bereits in der Konzeption Handlungsansätze, um diese Zugangshürden zu vermeiden oder möglichst niedrig zu halten.“<sup>152</sup> Auch dies lässt an späterer Stelle thematische Bezüge zu den Zielen und Aufgaben der Öffentlichen Bibliotheken zu. Präventionsketten stellen schließlich den Anspruch, dieses „[...] unter Beteiligung derjenigen zu entwickeln, die unmittelbar betroffen sind.“<sup>153</sup> Partizipation gilt als ein Schlüsselement.<sup>154</sup>

*Sechstens* geht es im nachfolgenden Abschnitt um koordinative und kooperative Anforderungen bei der Entwicklung von Präventionsketten. Im Mittelpunkt stehen Gesundheit und gesundheitliche Chancengleichheit, wie sie im Kapitel 2 vorgestellt wurden und „[...] ein gesamtstrategisches und koordiniertes Vorgehen sowie das Zusammenspiel verschiedener Verwaltungsressorts [...]“<sup>155</sup> erfordern. Dies umschließt im Wortlaut der eingangs ausgewählten Definition eine Beteiligung „verwaltungsexterner Akteure“ sowie die Zielgruppen selbst.<sup>156</sup> Integrierte Handlungskonzepte, wie sie Präventionsketten darstellen, gelten als „wichtige Steuerungs- und Koordinierungsinstrumente der Gesundheitsförderung“.<sup>157</sup> Sie weisen einen hohen Grad an Komplexität auf.<sup>158</sup> Wie im bisherigen Verlauf der Arbeit deutlich wurde, erfordern integrierte kommunale Strategien der Gesundheitsförderung die Zusammenarbeit vieler am Prozess Beteiligter. Eine Präventionskette „[...] führt die Akteure zusammen, die an ähnlichen Themen und für gleiche Zielgruppen arbeiten.[...] Arbeitet dagegen jedes Ressort für sich allein, können kaum Veränderungen durchgesetzt werden.“<sup>159</sup> RICHTER-KORNWEITZ ET AL. betonen, dass Netzwerke als Mittel zur Gestaltung von

<sup>149</sup> Vgl. LANDESKOORDINIERUNGSSTELLE „KEIN KIND ZURÜCK-LASSEN! KOMMUNEN IN NRW BEUGEN VOR“ (2016).

<sup>150</sup> LOHSE/MEYSEN/GÖTTE/GONZÁLEZ MÉNDEZ DE VIGO/SELTSMANN (2017), S. 105.

<sup>151</sup> Vgl. BzGA (2013), S. 15.

<sup>152</sup> KOOPERATIONSVERBUND GESUNDHEITLICHE CHANCENGLEICHHEIT (2015): Kriterien für gute Praxis der sozillagenbezogenen Gesundheitsförderung, Kriterium „Niedrigschwellige Arbeitsweise“, S. 27.

<sup>153</sup> RICHTER-KORNWEITZ/HOLZ/KILIAN (2017), S. 809.

<sup>154</sup> Ebd.

<sup>155</sup> BÖHME/REIMANN (2018), S. 8.

<sup>156</sup> Vgl. ebd.

<sup>157</sup> KOOPERATIONSVERBUND GESUNDHEITLICHE CHANCENGLEICHHEIT (2015): Kriterien für gute Praxis der sozillagenbezogenen Gesundheitsförderung, Kriterium „Integriertes Handlungskonzept/Vernetzung“, S. 39.

<sup>158</sup> Vgl. ebd., S. 40.

<sup>159</sup> BzGA (2013), S. 25.

grundlegender Bedeutung sind.<sup>160</sup> BÖHME & REIMANN führen weiter aus: „[...] Sie bedürfen daher einer Steuerungsform, die auf Kooperation und Konsensfindung basiert und sowohl horizontal zwischen verschiedenen Fach- und Politikbereichen als auch vertikal zwischen unterschiedlichen Handlungsebenen (Verwaltungsebene, intermediäre Ebene, Quartiersebene, Projektebene) koordiniert.“<sup>161</sup> Präventionsketten gelten insbesondere dann als Erfolg versprechend, „[...] wenn alle den gemeinsamen, kooperativen Handlungsansatz mittragen.“<sup>162</sup> Es gilt für alle Beteiligten einen Rahmen zur langfristigen Zusammenarbeit zu schaffen und dabei für ein kooperatives Handeln zu motivieren. In der konzeptionellen Anfangsphase werden häufig so genannte Impulsveranstaltungen initiiert. Mit Hilfe dieses elementaren Strukturelementes sollen „[...] wichtige Akteure eingebunden und miteinander bekannt gemacht werden.“<sup>163</sup> Klar ist, dass das komplexe Vorhaben in verschiedener Hinsicht in Einklang gebracht werden muss, „[...] unterschiedliche Interessen, Ziele und Arbeitsweisen müssen offengelegt, erörtert und aufeinander abgestimmt bzw. synchronisiert, Schnittstellen und passende Formen der Zusammenarbeit gefunden werden.“<sup>164</sup> Angesprochen ist damit die Frage der Steuerung und Planung des integrierten Handlungskonzeptes, die Etablierung einer Koordinierungs- oder Steuerungsgruppe gilt als unabdingbar.<sup>165</sup> Entsprechend der Ausführungen von RICHTER-KORNWEITZ & UTERMARK handelt es sich hierbei um durchaus sensible Fragen: „Wo wird sie angesiedelt? Wer übernimmt diese Aufgabe, und wer kann/soll Mitglied der Steuerungsgruppe werden? Welche Bereiche sollten unbedingt gewonnen oder repräsentiert werden? Wann wird dies entschieden? Wer wird in diese Entscheidung einbezogen?“<sup>166</sup>

Insbesondere aus gesundheitswissenschaftlicher Fachperspektive wird ein deutliches Interesse am Zusammenwirken verschiedener Akteure geäußert. Der Begriff der Präventionskette könne möglicher Weise, so RICHTER-KORNWEITZ ET AL., potentiell relevante Akteure an starre Organisationsstrukturen und damit wenig Mitbestimmung erinnern, Präventionsketten folgen aber vielmehr dem Gedanken „einer partizipativen, wertschätzenden Grundhaltung“.<sup>167</sup> Der Bericht zur Gesundheit in Deutschland (2015) wiederum weist ausdrücklich auf die Notwendigkeit der Zusammenarbeit hin. Die eingangs herangezogene Definition nennt die „verschiedenen Verwaltungsressorts“ gleich zu Beginn, hingegen erfolgt die Nennung von „verwaltungsexternen Akteuren/freien Trägern“ zum Ende hin. Kritisch äußert ein Interviewter, dass damit möglicher Weise eine geringere Wertschätzung des später Genannten verbunden sei.<sup>168</sup> Innerhalb der Fachliteratur wird nahezu

<sup>160</sup> RICHTER-KORNWEITZ/HOLZ/KILIAN (2017), S. 809.

<sup>161</sup> BÖHME/REIMANN (2018), S. 5.

<sup>162</sup> KOOPERATIONSVERBUND GESUNDHEITLICHE CHANCENGLEICHHEIT (2013).

<sup>163</sup> BZGA (2013), S. 34.

<sup>164</sup> BÖHME/REIMANN (2018), S. 5.

<sup>165</sup> Vgl. BÖHME/REIMANN (2018), S. 25.

<sup>166</sup> BZGA (2013), S. 31. Die späteren Ausführungen zu den förderlichen und hinderlichen Faktoren bei der Implementierung von Präventionsketten greifen diesen Themenkomplex vertiefend auf. Innerhalb der dargestellten Praxisbeispiele im Abschnitt 4.2 werden darüber hinaus verschiedene Strukturelemente und Beteiligungsformen vorgestellt.

<sup>167</sup> Vgl. RICHTER-KORNWEITZ/HOLZ/KILIAN (2017), S. 813.

<sup>168</sup> Vgl. BÖHME/REIMANN (2018), S. 9.

durchgängig hervorgehoben, dass es im betrachteten Zusammenhang eine der wichtigsten Aufgaben ist, „[...] die bisherige, langjährige Arbeit der vielen Akteure wertzuschätzen, die in das Netzwerk der Präventionskette eingebunden werden sollen, und in allen Formen der Zusammenarbeit für ein wertschätzendes Klima zu sorgen.“<sup>169</sup>

### **3.2 Ausgewählte förderliche und hinderliche Faktoren im Entwicklungsprozess**

Der folgende Abschnitt betrachtet sowohl förderliche als auch hinderliche Faktoren für die Entwicklung und Umsetzung integrierter kommunaler Strategien der Gesundheitsförderung. Er folgt dabei vorrangig einer aus der Gesundheitswissenschaft heraus gewachsenen Perspektive.<sup>170</sup> Präventionsketten gelten als komplexe Gestaltungsaufgabe im kommunalen Raum und bilden gleichzeitig eine vergleichsweise junge Herausforderung im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention. Es handelt es sich beim Aufbau von Präventionsketten um einen freiwilligen Beschluss auf kommunaler Ebene.<sup>171</sup> Folgende Faktoren unterstützen den Entwicklungsprozess von Präventionsketten. Sie werden in Anlehnung an BÖHME & REIMANN, in verkürzter Form, thematisch in sieben Bereiche gruppiert und im Folgenden näher erläutert. Die Auswahl bietet zu einem späteren Zeitpunkt Anschlussmöglichkeiten zu den Öffentlichen Bibliotheken in Deutschland:<sup>172</sup>

- Kommunalpolitische Unterstützung
- Übergeordnete strategische Ziele der Kommune
- Kooperative und partizipative Steuerungs- und Prozesskultur
- Integrierte kommunale Gesundheitsplanung
- Verfügbare Ressourcen und zusätzliche Förder- und Finanzmittel
- Kommunale Koordinierungsstelle
- Kooperationspartner / Erfahrungen in der Netzwerkarbeit

Die Entwicklung und Umsetzung kommunaler Präventionsketten wird umso erfolgreicher sein, je mehr sie die dafür notwendige kommunalpolitische Unterstützung erfährt.<sup>173</sup> Diese gilt als eine unabdingbare Voraussetzung, die eine ressortübergreifende Zusammenarbeit sowie Beteiligung legitimiert, sie „[...] habe zentrale Bedeutung für die Bereitstellung der erforderlichen finanziellen und personellen Ressourcen“. <sup>174</sup> Unterschieden wird hierbei zwischen der „Rückendeckung“ durch die politische Leitung und einem „kommunalpolitischen Beschluss“ der jeweiligen Ent-

---

<sup>169</sup> BzGA (2013), S. 26.

<sup>170</sup> Nachfolgend werden insbesondere die Ergebnisse und Handlungsempfehlungen der zuvor herangezogenen Akteursbefragung von BÖHME/REIMANN (2018) einbezogen und um weitere Literatur bzw. praktische Erkenntnisse ergänzt.

<sup>171</sup> BzGA (2013), S. 63.

<sup>172</sup> Vgl. BÖHME/REIMANN (2018), Abschnitt 2.1.

<sup>173</sup> Vgl. BÖHME/REIMANN (2018), S. 11.

<sup>174</sup> BÖHME/REIMANN (2018), S. 11.

scheidungsträger und Gremien, ein „kommunalpolitischer Beschluss“ sei im Sinne von mittel- und langfristig gedachten Entwicklungsprozessen um so förderlicher.<sup>175</sup>

Übergeordnete strategische Ziele der Kommune erweisen sich als weiterer förderlicher Faktor im Entwicklungsprozess und bilden ähnlich, wie bereits zuvor ausgeführt, einen gemeinsamen „[...] Orientierungsrahmen für das politische und das Verwaltungshandeln in der Kommune“. <sup>176</sup> Beiden Verantwortungsbereichen wird innerhalb der Konzeption eine besondere Bedeutung zugeschrieben. Strategische Ziele dienen in Hinblick auf eine ressortübergreifende Zusammenarbeit und Kooperation als förderlich und können dazu anregen, das jeweilige Handeln im eigenen Aufgaben- und Wirkungsbereich ein Stück weit auch an den gemeinsamen Leitzielen zu orientieren, „[...] zu deren Umsetzung einen ressortspezifischen Beitrag zu leisten.“<sup>177</sup> In diesem Zusammenhang wird darauf verwiesen, dass Leitzielen mit inhaltlichen und thematischen Bezügen zum Thema Gesundheit eine ähnlich förderliche Wirkung zukommt.<sup>178</sup>

Integrierte kommunale Strategien der Gesundheitsförderung zu entwickeln, bedeutet Zusammenarbeit. Kommunalverwaltung und Kommunalpolitik erfahren eine gesonderte Beachtung, ihnen kommt eine steuernde, koordinierende Funktion zu, sie haben einen maßgeblichen Einfluss auf die Gestaltung gesundheitsförderlicher Lebensverhältnisse innerhalb der Kommunen.<sup>179</sup> Es hat sich als günstig herausgestellt, wenn beide kooperative, partizipativ ausgerichtete Gestaltungsprozesse und Formen der Zusammenarbeit anstreben.<sup>180</sup> Dies umschließt eine entsprechend gestaltete Zusammenarbeit zwischen einzelnen Verwaltungsressorts und Fachabteilungen, ähnliches gilt für den Umgang untereinander. Wie die bisherigen Erfahrungen belegen, gelingt dies häufig noch nicht wie gewünscht und wird nachfolgend im Bereich der hinderlichen Faktoren vertiefend betrachtet.<sup>181</sup> Teilweise bestehen in einzelnen Kommunen sogenannte „integrierte Dezernatszuschnitte“, sie umfassen „[...] neben dem Bereich Gesundheit weitere für die kommunale Gesundheitsförderung wichtige Verwaltungsbereiche wie Jugend, Bildung/Schule und Soziales[...]“<sup>182</sup> und sind im Kontext einer fachbereichsübergreifenden Zusammenarbeit besonders anschlussfähig. Es besteht zudem ein entsprechender Anspruch im Umgang mit z.B. freien Trägern, Bürgern und Ehrenamtlern; partizipative Strukturen gelten in diesem Sinne als förderlich.<sup>183</sup>

---

<sup>175</sup> Vgl. BÖHME/REIMANN (2018), S. 11.

<sup>176</sup> BÖHME/REIMANN (2018), S. 63.

<sup>177</sup> BÖHME/REIMANN (2018), S. 12.

<sup>178</sup> Entsprechend thematisch relevant sind Bereiche, die zumindest teilweise Bezüge zur Gesundheit der Bevölkerung zulassen wie bspw. „[...] soziale und umweltgerechte Stadtentwicklung, Chancengleichheit durch Bildungsteilhabe und Bekämpfung von Kinderarmut, nachhaltige Mobilität [...]“. BÖHME/REIMANN (2018), S. 63.

<sup>179</sup> Vgl. BÖHME/REIMANN (2018), S. 12.

<sup>180</sup> Vgl. BÖHME/REIMANN (2018), S. 61.

<sup>181</sup> Vgl. BÖHME/REIMANN (2018), S. 16f.

<sup>182</sup> BÖHME/REIMANN (2018), S. 13.

<sup>183</sup> Vgl. BÖHME/REIMANN (2018), S. 12.



Allgemein beschreibt der Begriff der Gesundheitsplanung ein Instrument zur gezielten Verbesserung der Gesundheitssituation<sup>184</sup>, in Bezug auf den hier betrachteten thematischen Zusammenhang bildet die kommunale Ebene, die Menschen in ihrem jeweiligen Lebensumfeld, den elementaren Bezugspunkt. Auf der Grundlage eines erweiterten Verständnisses von Gesundheit zielt eine integrierte kommunale Gesundheitsplanung auf die kleinräumige Analyse bzw. Einschätzung der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung. Die Daten verschiedener Fachbereiche einer Kommune sollen kontinuierlich zusammengeführt, gemeinsame Handlungsempfehlungen daraus abgeleitet und gesundheitsfördernde Handlungsstrategien entwickelt werden.<sup>185</sup> Das Konzept der kommunalen Präventionsketten betont das kooperative Handeln verschiedener Akteure. Demnach „[...] sollte eine solche strategische Gesundheitsplanung auch erforderliche Koordinierungs- und Netzwerkstrukturen aufzeigen [...]“.<sup>186</sup>

Auch die verfügbaren Ressourcen bestimmen ganz wesentlich die erfolgreiche Entwicklung und Umsetzung von Präventionsketten mit. Neben dem Vorhandensein ausreichender finanzieller Mittel richtet sich die fachwissenschaftliche Aufmerksamkeit auf die zeitliche Dimension. Sie sei vor allem zu Prozessbeginn für den Erfolg „[...] eher wichtiger als finanzielle Ressourcen. Häufig dauerten gerade die ersten Schritte auf dem Weg zu einer solchen Strategie - z.B. die Etablierung einer ämterübergreifenden Zusammenarbeit mit geeigneten Strukturen - länger als gedacht.“<sup>187</sup> Ähnlich verhält es sich mit Fördermitteln bzw. zusätzlichen Finanzmitteln, sie „[...] würden nicht nur für Maßnahmen, sondern auch für den Aufbau oder die Weiterentwicklung von Strategien und Strukturen benötigt.“<sup>188</sup> Das Präventionsgesetz bietet hier insbesondere aus gesundheitswissenschaftlicher Perspektive neue Fördermöglichkeiten und Ansätze zur Kooperation.<sup>189</sup> Die Notwendigkeit einer bedarfsgerechten Personalausstattung (quantitativ und qualitativ) des Gesundheitsamtes sowie der Kommunalverwaltungen werden besonders betont.<sup>190</sup> Um den Erfahrungsaustausch und eine Kontinuität der Kooperationen zu ermöglichen, gilt gleiches auch in Hinblick auf die Vielzahl mitwirkender Akteure und Institutionen.

Eine Auswertung der leitfadengestützten Experteninterviews (BÖHME & REIMANN) ergibt, dass durch die Errichtung von kommunalen Koordinierungsstellen deutliche Vorteile für die Implementierung von Präventionsketten zu erwarten sind. Angestrebtes Ziel auf kommunaler Ebene sollte es sein, eine Stelle zu schaffen, „[...] die ressortübergreifende Kooperation und die Vernetzung verschiedener lokaler Partner koordiniert und die ihre Arbeit sowohl gesamtstädtisch als auch stadtteilbezogen ausrichtet“.<sup>191</sup> Wichtig sei wiederum die finanzielle Absicherung sowie die

---

<sup>184</sup> Vgl. WETH (2012).

<sup>185</sup> Vgl. BÖHME/REIMANN (2018), S. 61.

<sup>186</sup> BÖHME/REIMANN (2018), S. 12.

<sup>187</sup> BÖHME/REIMANN (2018), S. 13.

<sup>188</sup> BÖHME/REIMANN (2018), S. 15.

<sup>189</sup> Vgl. ebd.

<sup>190</sup> Vgl. BÖHME/REIMANN (2018), S. 13; 61.

<sup>191</sup> BÖHME/REIMANN (2018), S. 63.

personelle Kontinuität. Räumlich sollte die Koordinierungsstelle idealerweise kommunal günstig eingebettet sein, hier gibt es keine feste Vorgabe.<sup>192</sup>

Zu den Gelingensfaktoren für die Entwicklung und Umsetzung integrierter kommunaler Strategien der Gesundheitsförderung gehören schließlich „engagierte und kompetente Kooperationspartner“ auch außerhalb der Verwaltung und Kommunalpolitik, die „[...] eigene personelle und/oder finanzielle Ressourcen einbringen, Verantwortung für die Mitentwicklung integrierter Strategien in der Kommune übernehmen [...]“.<sup>193</sup> Auch eine Mitwirkung und der Erfahrungsaustausch in (bundesweiten) Netzwerken sind von Bedeutung. Genannt werden z.B. das Gesunde-Städte-Netzwerk<sup>194</sup> und der Partnerprozess „Gesundheit für alle“ im Rahmen des Kooperationsverbundes „Gesundheitliche Chancengleichheit“.<sup>195</sup>

Das bisher Gesagte bietet einen ersten Überblick über förderliche Rahmenbedingungen und Faktoren, die im Kontext der vorliegenden Arbeit relevant sind. BÖHME & REIMANN resümieren die Ergebnisse der durchgeführten Befragung dabei auf der Grundlage einer breiten fachlichen Expertise wie folgt: „Als Schlüssel für die erfolgreiche Entwicklung und Umsetzung integrierter Strategien kommunaler Gesundheitsförderung zeichnet sich ein integratives, kooperatives sowie strategisch ausgerichtetes Selbstverständnis von Kommunalpolitik und -verwaltung ab, das mit politischen Beschlüssen, integrierenden Strukturen und ausreichenden Ressourcen untersetzt ist.“<sup>196</sup> Aus den als förderlich bewerteten Einflussfaktoren lässt sich wiederum in Teilen bereits ableiten, welche Bedingungen sich eher hinderlich im Entstehungsprozess von Präventionsketten auswirken. Um inhaltliche Überschneidungen zu vermeiden, werden nachfolgend drei repräsentative Aspekte gesondert aufgeführt, dazu gehören:<sup>197</sup>

- Fehlen einer kommunalen Priorität für das Thema Gesundheitsförderung
- Ressourcenknappheit
- Entwicklungsbedarf integrierter Lösungsansätze

<sup>192</sup> Vgl. BÖHME/REIMANN (2018), S. 14.

<sup>193</sup> Ebd.

<sup>194</sup> Das Gesunde Städte-Netzwerk ist ein Bündnis, an welchem sich Kommunen freiwillig beteiligen können und fokussiert die Lebensbedingungen vor Ort. Verschiedene kommunalpolitische Fachbereiche wie bspw. Soziales, Bildung und Stadtentwicklung finden eine Erwähnung, wobei der Bereich Kultur innerhalb dieser Aufzählung fehlt. Vgl. <http://www.gesunde-staedte-netzwerk.de/index.php?id=2> [21.05.2019].

<sup>195</sup> Die gesundheitliche Lage in Deutschland erfordert wie skizziert eine umfassende Beteiligung bzw. Berücksichtigung verschiedener Akteure und Handlungsfelder. Hier setzt der bundesweit agierende Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit an, er vereint aktuell 71 Kooperationspartner verschiedener fachlicher Bereiche (u.a. Gesundheit, Soziales, Umwelt, Bildung). Zum jetzigen Zeitpunkt finden bibliothekarische Verbände keine Berücksichtigung, während bspw. die Volkshochschulen involviert sind. Vgl. <https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/> [21.05.2019].

<sup>196</sup> BÖHME/REIMANN (2018), S. 62.

<sup>197</sup> Vgl. BÖHME/REIMANN (2018), S. 15ff.

Gesundheitsförderung ist trotz des dargestellten Handlungsbedarfs eines unter vielen kommunal relevanten Themen- und Aufgabenbereichen und so variieren die jeweils prioritären Handlungsfelder und Zielsetzungen.<sup>198</sup> In diesem Zusammenhang wird noch einmal betont, dass das Engagement im Bereich der Gesundheitsförderung nicht für den kurzfristigen kommunalpolitischen Erfolg geeignet sei. Vielmehr erfordert das gemeinsame Engagement im Rahmen Integrierter Strategien kommunaler Gesundheitsförderung Nachhaltigkeit und Langfristigkeit.<sup>199</sup> Um die Gesundheit der Bevölkerung als ein gemeinsames Thema herauszustellen, wird es beim Aus- und Ausbau von Präventionsketten etwa als förderlich erachtet, „[...] statt Gesundheitsförderung stärker die Verbesserung der Lebensqualität in den Mittelpunkt der Begriffsdefinition zu stellen“.<sup>200</sup> Dieser begriffliche Zugang wiederum kann hilfreich sein für eine breitere, langfristig ausgerichtete Beteiligung am Handlungskonzept.

Mit dem freiwilligen Entschluss zum Aufbau einer Präventionskette besteht Bedarf an personellen und finanziellen Ressourcen. Hinzu komme ein hoher Steuerungs- und Koordinierungsaufwand gerade zu Beginn des Entstehungsprozesses.<sup>201</sup> Dies gilt grundsätzlich für alle im Prozess mitwirkende Akteure und Institutionen und wirkt sich nicht zuletzt auf Erfolg und Verstetigungspotenzial integrierter kommunaler Strategien der Gesundheitsförderung aus.<sup>202</sup> Integriertem Verwaltungshandeln wird hier ein hoher Stellenwert zugesprochen. Allerdings zeigen bisherige Erfahrungen diesbezüglich einen besonderen Entwicklungsbedarf auf. Als hinderlich angeführt werden derzeit etwa „die Versäulung der Verwaltung sowie Ressortegoismen und Zielkonflikte zwischen den verschiedenen Verwaltungsbereichen.“<sup>203</sup> Dies sollte von allen (künftigen) Beteiligten berücksichtigt werden.

---

<sup>198</sup> Vgl. ebd.

<sup>199</sup> Vgl. BÖHME/REIMANN (2018), S. 16.

<sup>200</sup> BÖHME/REIMANN (2018), S. 60.

<sup>201</sup> Vgl. BÖHME/REIMANN (2018), S. 13; 16.

<sup>202</sup> Vgl. ebd.

<sup>203</sup> Vgl. BÖHME/REIMANN (2018), S. 17.

## 4 Öffentliche Bibliotheken in Deutschland

Im Folgenden wird die Institution Öffentliche Bibliothek in den Mittelpunkt der Betrachtungen gerückt. Dabei soll beispielhaft gezeigt werden, dass Öffentliche Bibliotheken bereits Teil integrierter kommunaler Strategien der Gesundheitsförderung sind. Innerhalb der wissenschaftlichen Literatur beider Fachgebiete wird dies allerdings vergleichsweise allgemein gehalten.

Demgegenüber steht der Bedarf einer abgestimmten Strategie zur bundesweiten Verbesserung von Gesundheit und Gesundheitschancen. Der Aufbau einer Präventionskette steht hier gleichbedeutend für ein kooperatives Miteinander und Vernetzung, „Haltungen, Ziele, berufliches Selbstverständnis, Handlungsempfehlungen, gesetzliche Grundlagen und berufliche/institutionelle Orientierungen prägen nicht nur (*die eigenen*) Tätigkeiten, sondern auch die multiprofessionelle Zusammenarbeit.“<sup>204</sup> In diesem Sinne gilt es, die Institution Öffentliche Bibliothek ein Stück weit vorzustellen.

Im ersten Teilkapitel wird einleitend ein Begriffsverständnis dargelegt. Der Abschnitt dient zugleich als thematische Vorbereitung für die im Anschluss dargelegten bezirklichen Aktivitäten zum Auf- und Ausbau von Präventionsketten im Land Berlin unter Beteiligung Öffentlicher Bibliotheken. Durch eine Zusammenführung beider fachlicher Perspektiven soll an späterer Stelle eine Annäherung an eine Gesamtperspektive zur Gesundheitsförderung und Prävention im kommunalen Raum unter besonderer Berücksichtigung der Öffentlichen Bibliotheken in Deutschland gelingen. Die bisherigen konzeptionellen Ausführungen zum Auf- und Ausbau von Präventionsketten sowie ausgewählte förderliche als auch hinderliche Faktoren im Entwicklungs- und Verfestigungsprozess spiegeln sich in der thematischen Schwerpunktsetzung wieder.

### 4.1 Einführung und Begriffsverständnis

Öffentliche Bibliotheken sind Einrichtungen der kommunalen Infrastruktur und der am häufigsten vertretene Bibliothekstyp in Deutschland. Hier zählen sie zu den am meisten besuchten Kultur- und Bildungseinrichtungen.<sup>205</sup> Eine erste begriffliche Einordnung erfolgt mittels der Richtlinien der IFLA:

*„Eine Öffentliche Bibliothek ist eine Einrichtung, die von der Öffentlichen Hand etabliert, unterstützt und finanziert wird, sei es durch eine lokale, regionale oder nationale Behörde oder eine andere öffentliche Einrichtung. Sie bietet mittels verschiedenster Medien und Dienstleistungen Zugang zu Wissen, Information und Kreativität und steht der gesamten Öffentlichkeit offen, unabhängig von Rasse, Nationalität, Alter, Geschlecht, Re-*

---

<sup>204</sup> BzgA (2013), S. 36.

<sup>205</sup> Vgl. SEEFELDT, (2017).

*ligion, Sprache, Behinderung, wirtschaftlichem und beruflichem Status, Beschäftigungssituation und Ausbildung.*<sup>206</sup>

Sie diene dazu „[...] die Bedürfnisse von Einzelpersonen oder Gruppen nach Bildung, Information und persönlicher Entwicklung, sowie nach Freizeitgestaltung und Unterhaltung zu erfüllen.“<sup>207</sup> Ergänzend kann angeführt werden, dass insbesondere der digitale Medienwandel eine Anpassung und Neuausrichtung dieser Angebote erforderlich macht. Eine erhöhte Aufmerksamkeit innerhalb des Fachdiskurses kommt dabei auch der „Bibliothek als Ort“ zu.<sup>208</sup> Dies umschließt etwa ihre bauliche bzw. räumliche Gestaltung, ihre Nutzung bei gleichzeitig guter Angebots- und Aufenthaltsqualität. Sie gehören dabei zu den nicht kommerziellen Einrichtungen im öffentlichen Raum, durch wohnortnahe und niedrigschwellige Angebote möchten sie den in den Richtlinien formulierten, umfassenden Zielgruppenansprüchen gerecht werden.<sup>209</sup> „Gerade in [...] meist auch wirtschaftlich benachteiligten Regionen kommt Bibliotheken neben der Bereitstellung von Bildungs- und Qualifizierungsangeboten die wichtige Funktion eines (oft einzigen) öffentlichen Orts der Begegnung, des Austauschs, der kulturellen Entfaltung und der gesellschaftlichen Meinungsbildung zu.“<sup>210</sup> Eine Diskrepanz zur derzeitigen bibliothekarischen Praxis wird, mit Verweis auf unterschiedliche Gründe<sup>211</sup>, innerhalb der Fachliteratur vielfach betont und an späterer Stelle vertieft. Vor allem der bibliothekarisch geführte Fachdiskurs über Bildungsgerechtigkeit und Chancengleichheit erscheint im thematisch betrachteten Zusammenhang besonders anschlussfähig. Das in Deutschland in den 1970er- und 1980er-Jahren verfolgte Konzept „Sozialer Bibliotheksarbeit“ fragte bspw. danach, wie Öffentliche Bibliotheken „Benachteiligten zu mehr Chancengleichheit verhelfen können.“<sup>212</sup> Neuere Literatur zum Thema formuliert dahingehend ein Verständnis, „[...] dass es im Kern um nichts anderes als öffentliche Bibliotheksarbeit geht.“<sup>213</sup> Zudem bestimmen Fragen der Bildungsgerechtigkeit und Chancengleichheit maßgeblich den Fachdiskurs mit.<sup>214</sup>

Im zeitlichen Verlauf zeigt sich bis heute ein stetiger Rückgang der Anzahl Öffentlicher Bibliotheken in kommunaler Trägerschaft. So gab es in Deutschland nach Angaben der Deutschen Bibliotheksstatistik (DBS) im Jahr 2015 rund 9.858 öffentliche Bibliotheksstandorte aller Träger insgesamt, auf die Städte, Gemeinden und Landkreise entfielen dabei 4.982 kommunale Bibliotheksstandorte.<sup>215</sup> Sie gehören zu den freiwilligen Selbstverwaltungsaufgaben der Kommunen, eng da-

<sup>206</sup> IFLA (2001), S. 1.

<sup>207</sup> IFLA (2001), S. 1-2.

<sup>208</sup> Vgl. BARTH (2015), S. 427ff. In Bezug auf die Öffentliche Bibliothek als Lernort sei auf die Publikation von STANG/UMLAUF (2018) verwiesen.

<sup>209</sup> Vgl. HARTMANN (2017), S.235.

<sup>210</sup> SIMON-RITZ (2014), S. x.

<sup>211</sup> Vgl. HARTMANN (2017), S.235f.

<sup>212</sup> RÖSCH (2014), S. 11.

<sup>213</sup> SCHULZ (2009), S. 9.

<sup>214</sup> Vgl. bspw. die thematisch anschlussfähige Publikation Teilhabe. Versprechen?! : Diskurse über Chancen- und Bildungsgerechtigkeit, kulturelle Bildung und Bildungsbündnisse von Hübner/Kelb/Schönfeld/Ullrich (2017).

<sup>215</sup> Vgl. SEEFELDT (2017).

mit verknüpft sind ihre zukünftigen Handlungsperspektiven und Gestaltungsmöglichkeiten im kommunalen Raum. Die bibliothekarischen Verbände und Interessensvertreter streben eine Verabschiedung von Bibliotheksgesetzen auf Länderebene an. Damit verbunden sind die Forderungen nach verbindlichen Ausstattungs-, Leistungs- und Finanzierungsstandards. Eine entsprechend bindende Grundlage zeichnet sich Deutschlandweit derzeit nicht ab. Zentral ist damit die Frage nach der Zukunft Öffentlicher Bibliotheken, im aktuellen Fachdiskurs wird zugleich ihre Rolle für die Gesellschaft thematisiert und intensiv diskutiert.<sup>216</sup>

Innerhalb dieser Arbeit liegt eine Betonung auf Institutionen in staatlicher bzw. kommunaler Trägerschaft, als einem Teilbereich der Öffentlichen Bibliotheken. Sie bilden gemeinsam mit z.B. Staats-, Universitäts-, Hochschul-, Fach-, Schul-, Musik-, Gefängnis- und Patientenbibliotheken wie ebenso Öffentlichen Bibliotheken in nicht-staatlicher, kirchlicher oder freier Trägerschaft die bibliothekarische Vielfalt in Deutschland. Es ist damit keinesfalls ausgeschlossen, dass auch sie für den Auf- und Ausbau von Präventionsketten grundsätzlich von Relevanz sind, vielmehr impliziert das vorgestellte integrierte Handlungskonzept - in Abhängigkeit der Themen und Zielgruppen - eine mögliche Beteiligung. Die vorgestellten Aktivitäten zum Aufbau von Präventionsketten im Land Berlin, hierbei unter Beteiligung Öffentlicher Bibliotheken, wurden im Prozess der Themenfindung zur vorliegenden Arbeit eher zufällig entdeckt. Dies war ausschlaggebend für die eingehendere Betrachtung der Öffentlichen Bibliotheken in kommunaler bzw. staatlicher Trägerschaft. Auch argumentativ bietet es sich hier an, denn die Förderung und der Schutz der Gesundheit sind zugleich (auch) eine öffentliche Aufgabe.

## **4.2 Präventionsketten in Berlin unter Beteiligung Öffentlicher Bibliotheken**

Zwei Beispiele aus der praktischen Umsetzung verdeutlichen, dass Öffentliche Bibliotheken Teil einer integrierten kommunalen Strategie zur Verbesserung von Gesundheit und Gesundheitschancen sind. Diese bilden ein vergleichsweise noch junges Forschungsgebiet im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention. Öffentliche Bibliotheken finden innerhalb der wissenschaftlichen Reflexion bislang wenig Beachtung. Im Folgenden dient der Internetauftritt des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit mit seiner Koordinierungsstelle im Land Berlin und einer Übersicht zum Aufbau von Präventionsketten in den Berliner Bezirken als Einstieg.<sup>217</sup> Er empfiehlt sich an dieser Stelle, da für fast alle 12 Berliner Bezirke weiterführende Informationen

<sup>216</sup> Mit diesen Fragen beschäftigte sich kürzlich auch die internationale Zukunftskonferenz für Öffentliche Bibliotheken, die Next Library® Conference. Sie fand im Herbst vergangenen Jahres erstmalig in Berlin statt und fragt ebenso nach den Rollen und Potenzialen von Öffentlichen Bibliotheken in der heutigen Gesellschaft. Insgesamt signalisiert dies die Relevanz und Aktualität des Themas. Vgl. <http://www.nextlibrary.net/berlin-satellite-2018> [19.05.2019].

<sup>217</sup> Vgl. <https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/berlin/aufgaben-angebote-und-schwerpunkte/praeventionsketten-in-berlin/> [21.03.2019].

zu den jeweiligen bezirklichen Aktivitäten zum Auf- und Ausbau von Präventionsketten dokumentiert sind.<sup>218</sup> So heißt es hier:

*„Das Land Berlin, hier die Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung (Sen GPG) und die Senatsverwaltung für Stadtentwicklung und Wohnen (SenStadtWohn) sowie die gesetzlichen Krankenkassen und Krankenkassenverbände (GKV) unterstützen den Ausbau der Präventionsketten auf bezirklicher Ebene als erklärtes strategisches Ziel.“<sup>219</sup>*

Die bezirkseigenen Aktivitäten unterscheiden sich dabei voneinander. Es bestehen Unterschiede innerhalb der ausgewählten inhaltlichen Schwerpunkte und im Vorgehen. Einige Bezirke können auf langjährige Erfahrungen in der Konzeption von Präventionsketten zurückgreifen, andere Bezirke stehen nach eigenen Angaben erst am Beginn des Entwicklungsprozesses.<sup>220</sup> In der vorliegenden Arbeit ist vor allem von Relevanz, ob Öffentliche Bibliotheken in die bestehenden Aktivitäten mit eingebunden sind. Mit Hilfe des gewählten Sucheinstieges wurden im folgenden die digital bereitgestellten Dokumente, Informations- und Arbeitsmaterialien für die hier vertretenen 11 Berliner Bezirke mit Blick auf die Begrifflichkeiten „Öffentliche Bibliothek(en)“, „Bibliothek(en)“ bzw. „Kultur- und Freizeiteinrichtung(en)“ selektiv durchgesehen. Es konnten mindestens zwei Präventionsketten identifiziert werden, in denen Öffentliche Bibliotheken konzeptionell berücksichtigt werden.<sup>221</sup> Diese werden nachfolgend vorgestellt.

#### **4.2.1 „Bildungsnetzwerk Südliche Friedrichstadt“**

Im Jahr 2009 wurde das Bildungsnetzwerk Südliche Friedrichstadt gegründet. Es war zunächst das erklärte gemeinsame Ziel, allen Kindern und Jugendlichen der Bezirksregion I gute und gleiche Bildungschancen zu eröffnen.<sup>222</sup> Das Konzept ist heute mit Teil der bezirklichen Aktivitäten zum Auf- und Ausbau von Präventionsketten, „[...] Bildung und Gesundheit gemeinsam zu den-

<sup>218</sup> Einzig für den Bezirk Steglitz-Zehlendorf sind an dieser Stelle keine Aktivitäten zum Aufbau von Präventionsketten verzeichnet. Vgl. ebd. [21.03.2019].

<sup>219</sup> Vgl. ebd. [21.03.2019].

<sup>220</sup> Thematisch geht es bspw. im Handlungsfeld „Gesund im Alter“ um die Bereiche Bewegung, Partizipation und Versorgung (Lichtenberg), häufig richten sich die bezirklichen Aktivitäten an den Familien, Kindern und Jugendlichen aus (u.a. Charlottenburg-Wilmersdorf und Marzahn-Hellersdorf.). Die angestrebte Verbesserung von Bildungschancen ist ein zentraler Bezugspunkt, so auch innerhalb der beiden exemplarisch ausgewählten bezirklichen Präventionsketten, vgl. <https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/berlin/aufgaben-angebote-und-schwerpunkte/praeventionsketten-in-berlin/> [21.03.2019].

<sup>221</sup> Die Aktivitäten zum Aufbau beider Präventionsketten sind jeweils umfassend dokumentiert und öffentlich zugänglich gemacht. Aufgrund einer Vielzahl an vorliegenden Dokumenten, dem sehr unterschiedlichen bezirklichen Vorgehen sowie dem prozesshaften Charakter kann keine gesicherte Aussage darüber getroffen werden, ob die ausgewählten Beispiele einen abschließenden Charakter haben.

<sup>222</sup> Vgl. <http://www.bildungsnetzwerk-suedliche-friedrichstadt.de/> [18.04.2019]. Vor allem die sozio-ökonomische Struktur im Gebiet ist von besonderer Relevanz. Das Bildungsnetzwerk skizziert eine problematische Ausgangslage auf Grund eines sehr hohen Anteils von Kinder und Jugendlichen mit Migrationshintergrund und zum Teil daraus resultierenden erfolglosen schulischen Laufbahnen.

ken ist Schwerpunkt seit 2014.“<sup>223</sup> Dem Bildungsnetzwerk Südliche Friedrichstadt liegt ein pädagogisches Konzept, der Early Excellence Ansatz<sup>224</sup>, zugrunde. Im Zuge der Bemühungen um eine Erweiterung von Bildungschancen wird die Initiierung und Intensivierung der Zusammenarbeit aller relevanten Akteure innerhalb der Südlichen Friedrichstadt verfolgt.<sup>225</sup> Handlungsleitend ist es, vorhandene Ressourcen und Potenziale im Quartier entsprechend der dargelegten Ziele in einer abgestimmten Weise zu nutzen. Es gilt dabei einen Rahmen zur lokalen Vernetzung und Zusammenarbeit zu schaffen.<sup>226</sup> Im Bildungsnetzwerk Südliche Friedrichstadt sind eine Vielzahl von Akteuren beteiligt, darunter beispielsweise lokal ansässige Kitas und Schulen, Familienzentren, das Jugendamt, Einrichtungen der Wohlfahrtspflege und Quartiersentwicklung, interkulturelle und intergenerative Vereine.<sup>227</sup> Mit Hilfe des Webauftrittes zum Bildungsnetzwerk lässt sich die Beteiligung auch Öffentlicher Bibliotheken ein Stück weit nachzeichnen.

Innerhalb der Bezirksregion I, im Haus der Amerika-Gedenkbibliothek (AGB), ist die Kinder- und Jugendbibliothek „Hallescher Komet“ mit dem Lernzentrum angesiedelt.<sup>228</sup> Sie ist aktuell im Bildungsnetzwerk eingebunden.<sup>229</sup> Auch die Bona-Peiser-Bibliothek in der Kreuzberger Oranienstraße schloss sich vielen weiteren Trägern und Akteuren an, „[...] um die Bildungschancen der Kinder in dieser Region zu verbessern.“<sup>230</sup> Sie wurde aufgrund des vom Berliner Senat verordneten Personalabbaus im Jahr 2016 geschlossen.<sup>231</sup> Ihre Bedeutung im Bildungsnetzwerk und ihr möglicher Beitrag für verbesserte Bildungs- und Gesundheitschancen lässt sich so nur rückblickend erfassen. Mit der Standortentscheidung für den Neubau der Zentral- und Landesbibliothek am Blücherplatz gehört die Kinder- und Jugendbibliothek „Hallescher Komet“ dagegen auch zukünftig zur Südlichen Friedrichstadt.<sup>232</sup> Zur näheren Bestimmung der inhaltlich-konzeptionellen

<sup>223</sup> Vgl. <https://www.gesundheitbb.de/Bildungsnetzwerk-Suedliche-Friedrichstadt.1545.0.html> [18.04.2019].

<sup>224</sup> Für eine ausführliche Darlegung zum pädagogischen Ursprung dieses Konzepts vgl. <https://early-excellence.de/konzept/>. Eine Betonung liegt vor allem auf den individuellen Stärken und Ressourcen eines jeden Kindes, vgl. auch den Handlungsleitfaden Südliche Friedrichstadt (2009), S. 6.

<sup>225</sup> Vgl. Handlungskonzept (2009), S. 5, verfügbar unter: <http://www.bildungsnetzwerk-suedliche-friedrichstadt.de/> [18.04.2019].

<sup>226</sup> Vgl. <http://www.bildungsnetzwerk-suedliche-friedrichstadt.de/> [18.04.2019].

<sup>227</sup> Aktuell beteiligen sich in etwa 65 Partner am Netzwerk, vgl. <http://www.bildungsnetzwerk-suedliche-friedrichstadt.de/> (Reiter: Partner), [18.04.2019].

<sup>228</sup> Die Kinder- und Jugendbibliothek „Hallescher Komet“ ist Teil der öffentlichen Zentralbibliothek des Landes Berlin (Zentral- und Landesbibliothek Berlin / ZLB). Diese gilt insgesamt als die größte öffentliche Bibliothek in Deutschland, erfüllt entsprechende landesbibliothekarische Aufgaben und verteilt sich derzeit auf zwei Berliner Standorte. Sie ist dem Verbund der öffentlichen Bibliotheken Berlins (VÖBB) angeschlossen.

Vgl. <https://www.zlb.de/ueber-uns/ueber-uns/ueber-uns.html> [18.04.2019].

<sup>229</sup> Vgl. <http://www.bildungsnetzwerk-suedliche-friedrichstadt.de/> (Reiter: Partner), [18.04.2019].

<sup>230</sup> <http://www.paritaet-alsopfleg.de/index.php/downloadsnew/themenuebergreifend/768-newsletter-der-fachstelle-fuer-praevention-und-gesundheitsfoerderung-im-land-berlin-ausgabe-02-2009/file>, S. 8, [15.02.2019].

<sup>231</sup> Vgl. zum Hintergrund der Schließung: <https://politik-bei-uns.de/file/561de75c1ae6a04e69c7cf2f> [21.05.2019].

<sup>232</sup> Online verfügbar:

<https://www.berlin.de/rbmskzl/aktuelles/pressemitteilungen/2018/pressemitteilung.713553.php>



Beteiligung beider Bibliotheken wird einleitend der Webauftritt des Bildungsnetzwerkes genutzt. Neben einer Vorstellung der beteiligten Bildungspartner und bereits umgesetzter Projekte werden hier das zugrunde liegende Handlungskonzept und beide Fortschreibungen in digitaler Form bereitgestellt.<sup>233</sup> Diese umreißen die bezirkliche Ausgangssituation, legen das konzeptionelle Verständnis dar, bieten einen Einblick in prioritäre Handlungsfelder sowie in die Gestaltung der Zusammenarbeit aller Beteiligten im Bildungsnetzwerk. Die vier Strukturelemente - Steuerungsrunde, Plenum, Werkstattgespräche und themenbezogene Kleinst- und Mikroprojekte - bilden hierbei einen übergeordneten Rahmen.<sup>234</sup>

Das Vorhaben konzentriert sich auf zunächst vier Handlungsfelder, dazu gehören u.a. die Bereiche „Bildungswegbegleitung, Sprachförderung und Elternpartizipation“, eine „Öffnung von Kitas, Schulen, Sportstätten und anderen Bildungseinrichtungen zum Quartier“ wird angestrebt.<sup>235</sup> In ihrer Funktion als meistgenutzte Kultur- und Bildungseinrichtungen Deutschlands<sup>236</sup>, entsprechend ihrer Aufgabenfelder sowie der räumlichen Zugehörigkeit zur Südlichen Friedrichstadt scheint eine Beteiligung Öffentlicher Bibliotheken naheliegend. Dies bestätigt sich z.B. durch die namentliche Nennung im „Plenum“ und einer Berücksichtigung des Fachbereiches Kultur innerhalb der „Steuerungsgruppe“.<sup>237</sup> Beide Fortschreibungen des Handlungskonzeptes zum „Bildungsnetzwerk Südliche Friedrichstadt“ erfolgen jeweils unter Beibehaltung der genannten Steuerungselemente, teils unter veränderten oder auch verfestigten Akteurs- und Beteiligungskonstellationen.<sup>238</sup> Die Institution Bibliothek als Kultur- und Bildungseinrichtung wird über die erste Laufzeit des Modellvorhabens hinaus als Kooperationspartner aufgeführt, sie ist im „Plenum“ eingebunden.<sup>239</sup> Hingegen findet der Fachbereich Kultur ab dem Jahr 2013 innerhalb der „Steuerungsgruppe“ des Bildungsnetzwerkes keine namentliche Erwähnung mehr.<sup>240</sup> Mit der konzeptionellen Fortschreibung liegt erneut ein Handlungsschwerpunkt im Bereich der Sprachbildung, in der „Anregung von lustvollen Lernprozessen und Sprachanlässen“ in Verbindung mit einem Bibliotheksbesuch.<sup>241</sup>

<sup>233</sup> Vgl. <http://www.bildungsnetzwerk-suedliche-friedrichstadt.de/>, Handlungskonzept (2009), Handlungskonzept 2. Fortschreibung (2013-2015), Handlungskonzept 3. Fortschreibung (2016-2018) [18.04.2019].

<sup>234</sup> Vgl. die erläuternde Darstellung im Handlungskonzept (2016-2018), S. 10. Beide davor zu Grunde liegende Handlungskonzepte nutzen grundsätzlich die gleichen Steuerungselemente, die inhaltlichen Beschreibungen und aufgeführten Akteure variieren in Teilen, vgl. Handlungskonzept (2009) und Handlungskonzept (2013-2015), jeweils S. 8. Verfügbar unter <http://www.bildungsnetzwerk-suedliche-friedrichstadt.de/> [18.04.2019].

<sup>235</sup> Vgl. Handlungskonzept (2009), S. 12. Verfügbar unter <http://www.bildungsnetzwerk-suedliche-friedrichstadt.de/> [18.04.2019].

<sup>236</sup> Vgl. <https://bibliotheksportal.de/informationen/bibliothekslandschaft/oeffentliche-bibliotheken/> [15.05.2019].

<sup>237</sup> Vgl. Handlungskonzept (2009), S. 8. Verfügbar unter <http://www.bildungsnetzwerk-suedliche-friedrichstadt.de/> [18.04.2019].

<sup>238</sup> Vgl. Handlungskonzept (2009) und (2013-2015), S. 8, Handlungskonzept (2016-2018), S. 10. Verfügbar unter <http://www.bildungsnetzwerk-suedliche-friedrichstadt.de/> [18.04.2019].

<sup>239</sup> Vgl. ebd.

<sup>240</sup> Vgl. ebd.

<sup>241</sup> Vgl. Handlungskonzept (2013-2015), S. 18 und Handlungskonzept (2016-2018), S.26. Verfügbar unter <http://www.bildungsnetzwerk-suedliche-friedrichstadt.de/> [18.04.2019].

Ziel ist zudem die Verbreitung des bundesweiten frühkindlichen Leseförderprogramms „Lesestart - Drei Meilensteine für das Lesen“<sup>242</sup> in Kooperation mit Bibliotheken.<sup>243</sup>

Einleitend wurde bereits betont, dass seit dem Jahr 2014 innerhalb der Südlichen Friedrichstadt Bildungs- und Gesundheitschancen konzeptionell verbunden werden: „Die Gesundheitsförderung soll im Rahmen des Bildungsnetzwerks als Querschnittsthema mitgedacht werden.“<sup>244</sup> Der hier vorliegende Handlungsleitfaden skizziert ein im Abschnitt 2.1 dargelegtes Gesundheitsverständnis, dies berücksichtigt u.a. „Bildung, angemessene Wohn-, Arbeits- und Umweltbedingungen sowie soziale Beziehungen“.<sup>245</sup> Derart wurde es im Kapitel 2 der vorliegenden Arbeit eingeführt. Im Rahmen der gewählten theoretischen Erschließung lässt sich an dieser Stelle nicht weiter nachvollziehen, ob dies zu neuen oder veränderten Angeboten der beteiligten Bibliotheken führt(e). Eine abschließende Recherche auf der Bibliothekswebsite der Kinder- und Jugendbibliothek „Hallescher Komet“ ergibt keine weiterführenden Informationen zu ihrer Mitwirkung am „Bildungsnetzwerk Südliche Friedrichstadt“.<sup>246</sup> Die Beteiligung Öffentlicher Bibliotheken kann im thematischen Zusammenhang ein Stück weit nachvollzogen werden. Die Kinder- und Jugendbibliothek „Hallescher Komet“ ist Teil einer integrierten kommunalen Strategie als Beitrag zur Verbesserung von Gesundheit und Gesundheitschancen. Um einen genaueren Einblick zu gewinnen, böten sich über die gewählte theoretische Erschließung hinaus z.B. weiterführende Experteninterviews an.

Es folgt erneut ein thematischer Rückbezug zur Bibliothekswebsite der Kinder- und Jugendbibliothek „Hallescher Komet“. Eine Volltextsuche mit den Begriffen „Bildungsnetzwerk Südliche Friedrichstadt“ bzw. „Bildungsnetzwerk“ ergab keine weiterführenden Informationen. Mit dem Suchbegriff der „Südlichen Friedrichstadt“ gelangt man jedoch zum Themenraum „Bibliothek findet Stadt - Stadt findet Bibliothek“.<sup>247</sup> Er steht im Zusammenhang mit den Planungen für den Neubau der Zentral- und Landesbibliothek und eröffnet u.a. Partizipationsmöglichkeiten im Entwicklungsprozess. Es werden „Ideen, Meinungen, Anregungen und Wünsche für die neue ZLB gesammelt.“<sup>248</sup> Der Neubau gilt kultur- und stadtentwicklungspolitisch als wichtiger Impuls und

---

<sup>242</sup> Das Bundesprogramm fokussiert auf die frühkindliche Sprach- und Leseförderung. Das Bibliotheksportal verweist auf eine Vielzahl beteiligter Öffentlicher Bibliotheken deutschlandweit. Vgl. <https://bibliotheksportal.de/informationen/projekte-kampagnen/lesestart/> [21.05.2019].

<sup>243</sup> Vgl. Handlungskonzept (2016-2018), S.26. Verfügbar unter <http://www.bildungsnetzwerk-südliche-friedrichstadt.de/> [18.04.2019].

<sup>244</sup> Handlungskonzept (2016-2018), S. 12. Verfügbar unter <http://www.bildungsnetzwerk-südliche-friedrichstadt.de/> [18.04.2019].

<sup>245</sup> Ebd., S. 15.

<sup>246</sup> Vgl. den Internetauftritt der Bibliothek verfügbar unter <https://www.zlb.de/kijubi/jugendbibliothek.html>. Neben dem Katalog kann ebenso die Bibliothekswebsite durchsucht werden. [18.04.2019].

<sup>247</sup> Vgl. <https://www.zlb.de/veranstaltungen/themenraum/archiv/themenraum-bibliothek-findet-stadt.html> [18.04.2019].

<sup>248</sup> Ebd.

Aufwertung des Bereiches am Mehring- und Blücherplatz.<sup>249</sup> Geplant ist „[...] eine Bibliothek für Alle, die niemanden ausschließt“<sup>250</sup> Ihre Umgestaltung und konzeptionelle (Neu)-Ausrichtung wirkt in die Südliche Friedrichstadt hinein. Über die dritte Fortschreibung des Handlungskonzeptes zum Bildungsnetzwerk hinaus wird ein hoher Bedarf formuliert, die Perspektiven für Familien, Kinder und Jugendliche im Gebiet der Südlichen Friedrichstadt nachhaltig zu verbessern. Dies kann „[...] nur durch die Zusammenarbeit aller zu beteiligenden Ressorts und Einrichtungen - mit der Einbeziehung aller geeigneten Ressourcen - gelingen [...]“<sup>251</sup> Mit der Standortentscheidung für den Neubau der Zentral- und Landesbibliothek innerhalb der Südlichen Friedrichstadt bietet sich eine langfristige Perspektive für die ressortübergreifende Zusammenarbeit zur Verwirklichung von Bildungs- und Gesundheitschancen.

Anders gestaltete sich die Mitwirkung im „Bildungsnetzwerk Südliche Friedrichstadt“ für die Bona Peiser Bibliothek, die im Jahr 1964 errichtete Stadtteilbibliothek in der Oranienstraße 72. Das Bezirksamt Friedrichshain-Kreuzberg von Berlin veranlasste die Schließung des Bibliotheksstandortes endgültig im Jahr 2016. Der Anwohnerprotest fand Ausdruck in der gegründeten „Bürgerinitiative gegen die Schließung der Bona-Peiser-Bibliothek“, „[...] die seit 50 Jahren der kulturelle Mittelpunkt der Otto-Suhr- und Springsiedlung ist, Kindern und Erwachsenen den Zugang zu Büchern, neuen Medien und Informationen vermittelt und für alle Bewohner des Stadtteils einen lebendigen Ort der Kommunikation und Integration darstellt.“<sup>252</sup> Die Initiative verweist auf deutliche Konsequenzen für die im Kiez lebende Bevölkerung. Für viele Kinder, Kindergartengruppen und Schulklassen sowie für ältere Menschen ist die unmittelbare Wohnortnähe ein ausschlaggebendes Kriterium für einen Bibliotheksbesuch, die nächstgelegene Bibliothek, die Mittelpunktbibliothek in der Adalbertstraße, zu weit entfernt.<sup>253</sup> Ähnliche Entwicklungen kommunal getragener Öffentlicher Bibliotheken sind in ganz Deutschland zu verzeichnen. Der Landesrechnungshof Berlin sieht bspw. große Einsparpotenziale im System der bezirklichen Bibliotheken; er sprach sich im Jahr 2007 für eine Halbierung des öffentlichen Berliner Bibliotheksnetzes von 82 auf bis zu 42 Standorte aus.<sup>254</sup> Ein Stück weit positivere Zukunftsaussichten wurden mit der „Zukunftsstrategie für die Berliner Öffentlichen Bibliotheken“ aus dem Jahr 2016 formuliert. Demnach gehören sie „[...] zu den wichtigsten Kultur- und Bildungseinrichtungen in der wachsenden Stadt. [...]“<sup>255</sup> Ein Schwerpunkt liegt auf

<sup>249</sup> Vgl. <https://www.berlin.de/rbmskzl/aktuelles/pressemitteilungen/2018/pressemitteilung.713553.php> [21.05.2019].

<sup>250</sup> <https://www.zlb.de/ueber-uns/projekte/neubauprojekt/gemeinsam-entwickeln.html> [21.05.2019].

<sup>251</sup> Handlungsleitfaden (2016-2018), S. 33. Verfügbar unter <http://www.bildungsnetzwerk-suedliche-friedrichstadt.de/> [18.04.2019].

<sup>252</sup> [https://www.cdu-friedrichshain-kreuzberg.de/image/inhalte/file/Einwohner-Antrag\\_BonaPeiserBibliothek.pdf](https://www.cdu-friedrichshain-kreuzberg.de/image/inhalte/file/Einwohner-Antrag_BonaPeiserBibliothek.pdf) [18.04.2019].

<sup>253</sup> Vgl. ebd.

<sup>254</sup> Vgl. Rechnungshof von Berlin (2007).

<sup>255</sup> <https://www.berlin.de/sen/archiv/kultur-2011-2016/2016/pressemitteilung.498512.php> [21.05.2019].

digitalen Medien, Angeboten und den entsprechenden technischen Rahmenbedingungen.<sup>256</sup> So soll es gelingen „[...] auch künftig die Teilhabe für alle Bibliotheksnutzer an Bildungschancen und der Welt digitaler Medien (zu) garantieren.“<sup>257</sup>

#### 4.2.2 „Neuköllner Präventionskette“

Der folgende Abschnitt stellt in etwas kürzerer Form, mit ähnlichem bibliothekarischen Bezug, die Aktivitäten des Bezirkes Neukölln zum Aufbau einer den ganzen Bezirk umfassenden Präventionskette vor. Das Handlungskonzept konzentriert sich zunächst auf die frühen Lebensphasen, von der Geburt und Elternschaft hin zum Eintritt in Kita und Schule, dabei kommt den jeweiligen Übergängen eine besondere Beachtung zu.<sup>258</sup> Mit der „Neuköllner Präventionskette“ wird eine integrierte Gesamtstrategie beschrieben mit dem Ziel, „[...] allen Familien die Teilhabe an Bildung, gesundheitlicher und psychosozialer Entwicklung [zu] ermöglichen“.<sup>259</sup> Zum Konzeptgebiet gehören insgesamt vier bezirkliche Bibliotheksstandorte: die Helene-Nathan-Bibliothek, die Stadtteilbibliothek Britz Süd, die Stadtteilbibliothek im Gemeinschaftshaus sowie die Stadtteil- und Schulbibliothek Rudow.<sup>260</sup>

Ein entscheidender Impuls des bezirklichen Engagements zum Aufbau einer Präventionskette ging dabei von der 1. Neuköllner Gesundheitskonferenz (2010) und den Daten zur Kindergesundheit im Bezirk aus.<sup>261</sup> Es ist festzuhalten: „Neukölln war 2010 somit der Berliner Bezirk mit den meisten Einschülern mit Übergewicht oder Adipositas, mit dem schlechtesten Zahnstatus, den meisten Raucher-Haushalten, mit den meisten sprachlichen Entwicklungsauffälligkeiten und den geringsten deutschen Sprachkenntnissen.“<sup>262</sup> Der Bezirk verfolgt nach eigenen Angaben „erstmalig eine abgestimmte, organisierte, strukturierte und ressortübergreifende Form der Zusammenarbeit, um die bereitgestellten Ressourcen zweckmäßig und effizient einzusetzen“.<sup>263</sup>

Der Aufbau der Neuköllner Präventionskette orientiert sich dabei grundsätzlich an bereits vorhandener bezirklicher Strukturen und Angebote, konzeptionell wird „[...] die Bereitstellung und Weiterentwicklung zielgruppenspezifischer Angebote und die Entwicklung innovativer Zugangswe-

<sup>256</sup> Vgl. <https://www.berlin.de/sen/archiv/kultur-2011-2016/2016/pressemitteilung.498512.php> [21.05.2019]. Dabei heißt es u.a.: „Die digitale Stärkung der Öffentlichen Bibliotheken Berlins ist ein dringend erforderlicher Schritt [...] So bleiben die Berliner Bibliotheken auch zukünftig in ihrem Medienangebot vielfältig und aktuell.“

<sup>257</sup> Ebd.

<sup>258</sup> Vgl. die einführenden Informationen zur Neuköllner Präventionskette, verfügbar unter <https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/berlin/aufgaben-angebote-und-schwerpunkte/praeventionsketten-in-berlin/> [21.03.2019].

<sup>259</sup> Ebd.

<sup>260</sup> Vgl. <https://www.berlin.de/stadtbibliothek-neukoelln/bibliotheken/> [21.03.2019].

<sup>261</sup> Vgl. Handlungsleitfaden zur Neuköllner Präventionskette (2010), verfügbar unter <https://www.gesundes-neukoelln.de/> [21.03.2019].

<sup>262</sup> Ebd. S. 9.

<sup>263</sup> Handlungsleitfaden zur Neuköllner Präventionskette (2012), S. 4. Verfügbar unter <https://www.gesundes-neukoelln.de/> [21.03.2019].

ge“<sup>264</sup> verfolgt. Eine jährlich stattfindende bezirkliche Präventionskonferenz dient dem Austausch, der Vernetzung und Prozessentwicklung.<sup>265</sup> Das Bezirksamt Neukölln von Berlin, hier die Abteilung Jugend und Gesundheit, begrüßt ausdrücklich eine breite Beteiligung am Auf- und Ausbau der Neuköllner Präventionskette.<sup>266</sup> Der zugehörige Internetauftritt zum Vorhaben verweist auf ihre zentralen Bausteine - die „App Gesundes Neukölln“, den „Neuköllner Familiengutschein“, das „Neuköllner Begrüßungspaket“ und auf verschiedene Broschüren und Projekte<sup>267</sup> - er bietet ebenso Zugriff auf die zentrale Angebotsdatenbank „Präventionskette Neukölln“.<sup>268</sup> Sie versteht sich als Übersicht für Neuköllner Familien und verzeichnet unter einer gemeinsamen grafischen Oberfläche verschiedene Angebote aus den Themenbereichen Jugend, Gesundheit, Sport, Beratung und Bildung. Zu finden sind hier beispielsweise zwei „Vorlesestunden“. Die Helene-Nathan-Bibliothek und die Stadtteilbibliothek im Gemeinschaftshaus richten ihr Angebot „[...] an Kinder zwischen vier bis zwölf Jahren. Einmal in der Woche wird in der Vorlesestunde der Spaß am Lesen durch spannende Geschichten vermittelt und die Sprach- und Lesekompetenz gefördert“,<sup>269</sup> ein „typisches“ Angebot Öffentlicher Bibliotheken also. Für die beiden nicht genannten Bibliotheken im Bezirk, die Stadtteilbibliothek Britz Süd und die Stadtteil- und Schulbibliothek Rudow, waren zum Zeitpunkt der durchgeführten Recherche über diesen zentralen Zugang zur „Präventionskette Neukölln“ keine Angebote verzeichnet. Auch sie unterhalten ein Medien- und Serviceangebot für Kinder, Jugendliche und Erwachsene, bieten laut ihrer Internetpräsenzen z.B. Lesungen für Kindergruppen bzw. Bibliotheksbesuche für Kitas und Schulklassen an.<sup>270</sup>

Das integrierte Handlungskonzept erschließt sich vor allem mit Hilfe des in digitaler Form bereitgestellten Handlungsleitfadens zur Neuköllner Präventionskette. Ein erster Leitfaden (2012) verweist auf die Beteiligung einer „Vielzahl an verschiedenen Trägern, Einrichtungen, Diensten, Institutionen, Angeboten und Fachkräften“, dazu gehören auch „Kultur- und Bildungseinrichtungen“ im Bezirk.<sup>271</sup> Gleiches gilt für die zweite Fortschreibung der Neuköllner Präventionskette, auch hier sind Öffentliche Bibliotheken als Kooperationspartner genannt.<sup>272</sup> Das gemeinsame Ziel beider konzeptioneller Ausarbeitungen, - „[...] einen fließenden Übergang in der lückenlosen Verknüpfung von gesundheitlichen, psychosozialen, erziehungsfördernden und bildenden Angeboten

<sup>264</sup> Vgl. die einführenden Informationen zur Neuköllner Präventionskette, verfügbar unter <https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/berlin/aufgaben-angebote-und-schwerpunkte/praeventionsketten-in-berlin/> [21.03.2019].

<sup>265</sup> Vgl. ebd.

<sup>266</sup> Vgl. ebd.

<sup>267</sup> Vgl. <https://www.gesundes-neukoelln.de/> [21.03.2019].

<sup>268</sup> Vgl. <http://www.gesundes-neukoelln.de/praeventionskette/angebote/> [21.03.2019].

<sup>269</sup> <http://www.gesundes-neukoelln.de/praeventionskette/angebote/> [21.03.2019].

<sup>270</sup> Vgl. <https://www.berlin.de/stadtbibliothek-neukoelln/bibliotheken/stadtteilbibliothek-britz-sued/> und <https://www.berlin.de/stadtbibliothek-neukoelln/bibliotheken/stadtteilbibliothek-rudow/> [16.04.2019].

<sup>271</sup> Handlungsleitfaden zur Neuköllner Präventionskette (2012), S. 29. Verfügbar unter <https://www.gesundes-neukoelln.de/> [21.03.2019].

<sup>272</sup> Zweiter Handlungsleitfaden zur Neuköllner Präventionskette (2015), S. 15. Verfügbar unter <https://www.gesundes-neukoelln.de/> [21.03.2019].

zu schaffen“<sup>273</sup> - soll unter intensiver Einbindung und im Erfahrungsaustausch all dieser lokalen Akteure verwirklicht werden. Mit der Konzeption zur Neuköllner Präventionskette wurde an bereits Vorhandenes und bewährte Strukturen im Bezirk angeknüpft, „[...] Austauschforen, Netzwerke, Arbeitsgruppen, Runde Tische, die sich in Neukölln bereits etabliert hatten, sollten demnach zur Bildung der Präventionskette nicht aufgelöst oder zentral gebündelt werden. Vielmehr war es das Ziel, deren Vertreter so weit wie möglich in den Aufbau der Präventionskette einzubinden.“<sup>274</sup> Dies umschließt u.a. die „Netzwerkstatt Kinder, Eltern, Bildung“<sup>275</sup>, hier wiederum beteiligt sich die Stadtbibliothek Neukölln mit dem „Lesemobil“:<sup>276</sup> „An wechselnden Orten werden Veranstaltungen, Methoden und Projekte angeboten, um Kinder und Eltern in ihrer Sprach-, Bildungs- und Erziehungsarbeit zu unterstützen und zu fördern.“<sup>277</sup> So konnte die Beteiligung Öffentlicher Bibliotheken auch hier ein Stück weit nachvollzogen werden.

### **4.3 Anschlussfähigkeit Öffentlicher Bibliotheken an das Konzept der Präventionsketten**

Im folgenden Abschnitt gilt es, Schnittstellen zwischen den Öffentlichen Bibliotheken in Deutschland und dem Konzept der Präventionsketten aufzuzeigen. Dazu werden drei besonders anschlussfähige Aspekte Öffentlicher Bibliotheken aufgegriffen und Rückbezüge zu den zuvor dargelegten konzeptionellen Ausführungen hergestellt. Auf diese Weise lassen sich Entwicklungsperspektiven für die Öffentlichen Bibliotheken aufzeigen.

#### **4.3.1 Institutionelle Rahmenbedingungen und Perspektiven**

Die folgenden Ausführungen skizzieren die vor allem rechtlichen Rahmenbedingungen kommunal verantworteter Öffentlicher Bibliotheken in Deutschland. Sie sind mitbestimmend hinsichtlich ihrer möglicherweise kontinuierlichen und flächendeckenden Beteiligung beim Auf- und Ausbau integrierter kommunaler Strategien der Gesundheitsförderung. Dies verdeutlicht nicht zuletzt die Schließung der Bona-Peiser-Bibliothek, sie gehörte ursprünglich zum „Bildungsnetzwerk Südliche Friedrichstadt“.

So gibt es kein einheitliches, bundesweit geltendes Gesetz. Die politische Zuständigkeit für den Bereich Kultur - dies umschließt die Öffentlichen Bibliotheken - unterliegt in Deutschland weitgehend den einzelnen Bundesländern.<sup>278</sup> Dabei gehört die Unterhaltung von Öffentlichen Bibliotheken zu den freiwilligen Selbstverwaltungsaufgaben der Kommunen. Dies bedeutet, „[...] keine

<sup>273</sup> Handlungsleitfaden zur Neuköllner Präventionskette (2012), S. 29. Verfügbar unter <https://www.gesundes-neukoelln.de/> [21.03.2019].

<sup>274</sup> Zweiter Handlungsleitfaden zur Neuköllner Präventionskette (2015), S. 18. Verfügbar unter <https://www.gesundes-neukoelln.de/> [21.03.2019].

<sup>275</sup> Vgl. Zweiter Handlungsleitfaden zur Neuköllner Präventionskette (2015), S. 19. Verfügbar unter <https://www.gesundes-neukoelln.de/> [21.03.2019].

<sup>276</sup> Vgl. <https://www.berlin.de/ba-neukoelln/allgemeine-inhalte/artikel.297487.php> [21.05.2019].

<sup>277</sup> Ebd.

<sup>278</sup> Vgl. <http://www.rechtslexikon.net/d/kulturhoheit-der-l%C3%A4nder/kulturhoheit-der-l%C3%A4nder.htm> [19.04.2019].



Kommune muss eine Bibliothek aufbauen oder unterhalten, kann es aber tun, wenn sie den Auftrag ernst nimmt, den die Gemeinden aufgrund der Gemeindeordnungen im Bereich von Bildung und Kultur wahrzunehmen haben.“<sup>279</sup> SEEFELDT verweist diesbezüglich auf den deutlichen Einfluss der jeweiligen Größe und Finanzkraft.<sup>280</sup> So fehlen bislang entsprechende Vorschriften, die verbindliche Ausstattungs-, Leistungs- und Finanzierungsstandards formulieren. SEEFELDT betont: „[...] ihr Status als „freiwillige Leistung“ der Kommunen behindert Kontinuität und Weiterentwicklung.“<sup>281</sup>

Grundsätzlich gilt, dass sich die Öffentlichen Bibliotheken in Deutschland etwa in Abhängigkeit der jeweiligen Bibliotheksgröße und bezüglich ihrer Rahmenbedingungen (dies umfasst bspw. Öffnungszeiten, Medienbestand, personelle und finanzielle Ausstattung)<sup>282</sup> unterscheiden. Der Weg zur jeweils nächstgelegenen Bibliothek kann unterschiedlich lang sein, das kommunal getragene Bibliotheksnetz wird als vergleichsweise ausgedünnt beschrieben.<sup>283</sup> Integrierte kommunale Strategien der Gesundheitsförderung möchten die Menschen in ihrem unmittelbaren Lebensumfeld erreichen, sie knüpfen an bereits bestehende Strukturen und vorhandene Ressourcen im kommunalen Raum an. Dies kann im betrachteten Zusammenhang lokal variieren.

Aus Sicht der bibliothekarischen Verbände und Interessensvertreter sollten Öffentliche Bibliotheken zur Pflichtaufgabe werden. Sie berufen sich dabei insbesondere auf die Empfehlungen der Enquete-Kommission des Deutschen Bundestages „Kultur in Deutschland“ (2007) zur Einsetzung von Bibliotheksgesetzen auf Länderebene.<sup>284</sup> Diese hat mit ihrem Schlussbericht „das umfangreichste Kulturpolitische Dokument“ in der Geschichte des Deutschen Bundestages vorgelegt und stellt fest:

*„Wichtiger Bestandteil einer Reform des Bibliothekwesens in Deutschland muss eine rechtliche Aufwertung von Bibliotheken sein. Mehr Verbindlichkeit und Unterstützung könnten Bibliotheken durch eine rechtliche Festschreibung in Form von Bibliotheksgesetzen erfahren. Eine solche Regelung legt ein gemeinsames Handeln von Bund, Ländern und Kommunen im Sinne eines kooperativen Föderalismus nahe.“*<sup>285</sup>

Einen bundesweiten Einstieg zum aktuellen Entwicklungsstand bietet der Internetauftritt des Deutschen Bibliotheksverbandes (dbv).<sup>286</sup> Als erstes Bundesland hat Thüringen im Jahr 2008 ein Bibliotheksgesetz erlassen, es folgten Sachsen-Anhalt und Hessen. Gleiches gilt schließlich für

---

<sup>279</sup> Vgl. SEEFELDT (2018).

<sup>280</sup> Vgl. SEEFELDT (2018).

<sup>281</sup> Ebd.

<sup>282</sup> Vgl. die Auswertungen der Deutschen Bibliotheksstatistik (DBS). Verfügbar unter <https://www.bibliothekstatistik.de/> [21.05.2019].

<sup>283</sup> Vgl. SEEFELDT (2018).

<sup>284</sup> Vgl. Deutscher Bundestag (2007).

<sup>285</sup> Deutscher Bundestag (2007), S. 131.

<sup>286</sup> Vgl. DEUTSCHER BIBLIOTHEKSVERBAND E.V.: Bibliotheksgesetze.

Rheinland-Pfalz und Schleswig-Holstein.<sup>287</sup> Auch für die bisher nicht genannten Bundesländer Deutschlands sind an dieser Stelle weiterführende Informationen, entsprechende Positionspapiere und Stellungnahmen hinterlegt. Gemeinsam ist ihnen, dass keines der bisher verabschiedeten Dokumente die Öffentlichen Bibliotheken Deutschlands als eine kommunale Pflichtaufgabe formuliert.<sup>288</sup> Vielfach wird in diesem Zusammenhang ein Vergleich mit geltenden gesetzlichen Bestimmungen und entsprechenden Gestaltungsmöglichkeiten in anderen Ländern gezogen.<sup>289</sup> Mit beispielhaften Charakter verweist SCHLEIHAGEN auf Großbritannien (1850), Dänemark (1920) und Finnland (1928), so haben 2/3 aller 27 EU-Länder ein Bibliotheksgesetz.<sup>290</sup> Derzeit zeichnet sich eine Entwicklung, die Öffentliche Bibliotheken als Pflichtaufgabe formuliert, in Deutschland nicht ab.

#### **4.3.2 Zielgruppenanspruch, Zugangswege und Handlungsfelder**

Einleitend zu diesem Kapitel wurde folgender Anspruch verdeutlicht: Öffentliche Bibliotheken richten sich an alle Mitglieder der Gesellschaft. Dies nähert sich den zielgruppenspezifisch formulierten Bestrebungen integrierter kommunaler Strategien der Gesundheitsförderung.<sup>291</sup> Betont wird dabei, „[...] dass Präventionsketten diejenigen Akteure zusammenführen möchten, die an ähnlichen Themen und für gleiche Zielgruppen arbeiten.“<sup>292</sup> Darüber hinaus lässt sich das betrachtete Handlungskonzept etwa mit den Schlagworten „flächendeckend, wohnortnah, niedrigschwellig und bedarfsgerecht“ umschreiben, so wie es die Öffentlichen Bibliotheken aus ihrer Fachperspektive heraus für sich beanspruchen.

Schließlich konnte die inhaltliche Nähe zum Konzept der Präventionsketten und damit auch zur Bewältigung von gesundheitsbezogenen Herausforderungen bereits exemplarisch aufgezeigt werden. So gilt es nun für diesen Abschnitt, einen kurzen und dennoch prägnanten Einblick in den bibliothekarischen Fachdiskurs zu ermöglichen.

Insbesondere für die Zielgruppe der Kinder- und Jugendlichen konnte mit Hilfe der bezirklichen Präventionsketten im Land Berlin ein Bezug hergestellt werden. Präventionsketten orientieren sich derzeit verstärkt an den Teilhabechancen, Bedarfen und Bedürfnissen von Kindern und Jugendlichen. Sie bilden zugleich eine wichtige Zielgruppe Öffentlicher Bibliotheken, welche „[...] versuchen, den Bedürfnissen aller Gruppen der Gemeinde, unabhängig von Alter, physischen, wirtschaftlichen oder sozialen Bedingungen zu entsprechen [...] haben jedoch eine besondere Ver-

<sup>287</sup> Vgl. DEUTSCHER BIBLIOTHEKSVERBAND E.V.: Bibliotheksgesetze.

<sup>288</sup> Vgl. ebd.

<sup>289</sup> Einen thematisch-länderspezifischen Einstieg und einen Blick auf „hervorragende Bibliothekssysteme in anderen Ländern“ bietet der Webauftritt zum Bibliotheksportal unter <https://bibliotheksportal.de/ressourcen/recht/bibliotheksgesetze-international/> [Abruf 19.04.2019].

<sup>290</sup> SCHLEIHAGEN (2009), S.19f.

<sup>291</sup> Ergänzend kann angeführt werden: Im Präventionsgesetz wird ein solcher alle Altersgruppen umfassender Anspruch mit den drei übergeordneten Zielen „gesund aufwachsen“, „gesund leben und arbeiten“ und „gesund im Alter“ aufgenommen und stellt wiederum eine Gemeinsamkeit zum Zielgruppenanspruch Öffentlicher Bibliotheken in Deutschland dar.

<sup>292</sup> BzGA (2013), S. 25.



antwortung für die Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen.“<sup>293</sup> So gilt die Nutzung von Öffentlichen Bibliotheken durch Schüler als Qualitätsindikator.<sup>294</sup> FÜHLES-UBACH betont weiterführend: „Im Idealfall versucht die Bibliothek, durch umfangreichere Kooperationsarbeit mit Kindertagesstätten, Kindergärten und Schulen eine noch größere Abdeckung der Zielgruppe in einem möglichst frühen Stadium zu erreichen.“<sup>295</sup>

Im Zuge des demografischen Wandels wird zunehmend auch von Öffentlichen Bibliotheken die älter werdende Gesellschaft in den Blick genommen, gleichzeitig werden „[...] erhöhte Erwartungen an Bibliotheken in Bezug auf die Unterstützung des lebenslangen Lernens und der aktiven Teilnahme von Älteren am gesellschaftlichen und kulturellen Leben [...]“<sup>296</sup> gestellt. Ähnliches stellt der Bericht zur Gesundheit in Deutschland (2015) fest und verweist auf den Bedarf zur Gestaltung von Teilhabemöglichkeiten und Angeboten im nahen Wohnumfeld. In diesem Zusammenhang können sich Bibliotheken perspektivisch „[...] als Orte generationenverbindender Kultur- und Freizeiteinrichtungen profilieren.“<sup>297</sup>

Losgelöst von der zuvor skizzierten, eher altersorientierten Angebotsausrichtung bieten Öffentliche Bibliotheken auch „[...] zielgruppenspezifische Angebote für Migranten und Menschen mit Migrationshintergrund, behinderte Menschen und sozial benachteiligte Gruppen.“<sup>298</sup> Damit verfolgen sie den Anspruch von Integration und Inklusion. Dies wird unterstützt durch ihren niedrigschwelligen Charakter und der angestrebten Barrierefreiheit bezüglich Aufenthalt und Mediennutzung. Jedoch bleiben sie nach derzeitiger Einschätzung deutlich hinter dem formulierten Anspruch einer Öffentlichen Bibliothek „für alle“ zurück.<sup>299</sup> Für bislang nicht explizit erwähnte Alters- und Zielgruppen halten Öffentliche Bibliotheken entsprechende bibliothekstypische Angebote und Services bereit. Auch wenn sie an dieser Stelle keine detaillierte Erwähnung erfahren, so komplementieren diese die Angebotsvielfalt Öffentlicher Bibliotheken. In diesem Kontext kann auch die aufsuchende Bibliotheksarbeit eingeordnet werden: „[...] mobile Fahrbibliotheken bieten sich als ergänzende Lösung an, um Medienvielfalt, Informationsvermittlung und kulturunterstützende Aktionen zu den Menschen zu bringen.“<sup>300</sup> Zudem ist auch eine Einbindung partizipativer Elemente in der Bibliotheksarbeit zu verzeichnen, um den Bedürfnissen der Zielgruppen besser zu entsprechen.<sup>301</sup>

---

<sup>293</sup> IFLA (2001), S. 6.

<sup>294</sup> Vgl. FÜHLES-UBACH (2014), S. 36.

<sup>295</sup> FÜHLES-UBACH (2014), S. 36.

<sup>296</sup> SIMON-RITZ (2014), S. xi. Zum Thema Öffentliche Bibliotheken im Kontext lebenslangen Lernens sei auf den Beitrag von STANG (2018) verwiesen.

<sup>297</sup> FÜHLES-UBACH (2014), S. 38.

<sup>298</sup> SCHADE/UMLAUF (2016), S. 393. Des Weiteren verweist auch das Musterbibliotheksgesetz des Deutschen Bibliotheksverbandes e.V. auf den interkulturellen Beitrag von Öffentlichen Bibliotheken. Vgl. Deutscher Bibliotheksverband e.V.: Bibliotheksgesetze.

<sup>299</sup> Vgl. HARTMANN (2017), S. 235.

<sup>300</sup> SEEFELDT (2018).

<sup>301</sup> An dieser Stelle kann exemplarisch auf die Partizipationsmöglichkeiten beim Neubau der ZLB verwiesen werden. Vgl. die Ausführungen zum Bildungsnetzwerk Südliche Friedrichstadt.

Der umfassende Nutzeranspruch spiegelt sich derzeit nicht im Nutzungsverhalten wieder: „Im europäischen Vergleich werden Bibliotheken in Deutschland unterdurchschnittlich genutzt.“<sup>302</sup> Unter Bezugnahme auf die Stiftung Lesen verweisen SCHADE & UMLAUF auf ein konstantes Niveau der Nichtnutzung von etwa 70%.<sup>303</sup>

### 4.3.3 Kooperation

Die vorherigen Ausführungen zur Konzeption von Präventionsketten verweisen auf die elementare Bedeutung von Vernetzung und Kooperation einer Vielzahl kommunaler Akteure. Die nachfolgenden Ausführungen schließen sich hieran an. Sie verstehen sich dabei als exemplarischer Zugang, als eine Annäherung an die kooperative Ausrichtung und Haltung Öffentlicher Bibliotheken. Vorab gilt es festzuhalten: Öffentliche Bibliotheken kooperieren bereits mit einer Vielzahl von Partnern, dazu gehören beispielsweise „[...] Kindertagesstätten, Schulen, Volkshochschulen und Seniorenheime, aber auch Archive und Stadtmuseen.“<sup>304</sup>

Mit den politischen Auseinandersetzungen zur möglichen Verabschiedung von Bibliotheksgesetzen auf Länderebene erfolgt der thematische Einstieg. Die erarbeiteten Positionen und strategischen Papiere, in Teilen auch Gesetzesbeschlüsse, bilden die jeweilige landespolitische Sichtweise zum Rollenverständnis und den Handlungsmaximen Öffentlicher Bibliotheken ab.<sup>305</sup> Die Bedeutung von „Kooperation“ wird im Bibliotheksgesetz des Landes Sachsen-Anhalt (BibLG LSA) vergleichsweise umfassend formuliert: „Sie [*Bibliotheken*] sind Informations-, Kommunikations- und Lernorte und entsprechend ihren Aufgaben wichtige Kooperationspartner für andere Einrichtungen in den Bereichen Bildung, Wissenschaft und Kultur.“<sup>306</sup> Aus nahezu allen Dokumenten geht hervor, dass der Zusammenarbeit von Bibliotheken mit anderen Bildungseinrichtungen eine wichtige Bedeutung zukommt, das Zusammenwirken mit Schulen wird darüber hinaus betont.<sup>307</sup> Öffentliche Bibliotheken „[...] stärken die Lese-, Informations- und Medienkompetenz ihrer Nutzer durch geeignete Maßnahmen sowie durch die Zusammenarbeit mit Schulen und anderen Bildungseinrichtungen.“<sup>308</sup>

Damit ist zugleich ein wichtiger bibliothekarischer, auch kooperativ ausgerichteter Handlungsbereich genannt. Die zuständigen Ministerien der einzelnen Bundesländer haben gemeinsam mit den jeweiligen Landesverbänden des Deutschen Bibliotheksverbandes entsprechende Rahmenvereinbarungen über die Zusammenarbeit von Schulen und Bibliotheken getroffen, sie existieren

<sup>302</sup> SCHADE/UMLAUF (2016), S. 394.

<sup>303</sup> Vgl. ebd.

<sup>304</sup> [http://www.staedtetag.de/imperia/md/content/dst/veroeffentlichungen/mat/leitlinien\\_oeffentliche\\_bibliotheken\\_mai\\_2016.pdf](http://www.staedtetag.de/imperia/md/content/dst/veroeffentlichungen/mat/leitlinien_oeffentliche_bibliotheken_mai_2016.pdf), S. 11 [Abruf 18.04.2019].

<sup>305</sup> Der Webaufttritt des Deutschen Bibliotheksverbandes e.V. bietet einen zentralen Zugriff auf weiterführende Informationen für alle Bundesländer in Deutschland. Vgl. DEUTSCHER BIBLIOTHEKSVERBAND e.V.: Bibliotheksgesetze.

<sup>306</sup> BibLG LSA, § 1 (1).

<sup>307</sup> Bspw. ThürBibG (2008), § 3.

<sup>308</sup> Ebd.

derzeit nahezu deutschlandweit.<sup>309</sup> Zusätzlich sind in einigen Bundesländern die Kindertagesstätten mit in bestehende Rahmenvereinbarungen aufgenommen.<sup>310</sup> So sollen flächendeckend alle Kinder und Jugendliche erreicht werden. Gleichzeitig sind Kindertagesstätten und Schulen zwei aus gesundheitswissenschaftlicher wie praktischer Sicht bedeutsame „Lebenswelten“ im kommunalen Raum.<sup>311</sup> DAHM skizziert bezüglich der Kooperationspraxis zwischen Bibliotheken und Schulen eine Angebotsvielfalt, die wiederum abhängig ist von leistungsfähigen kommunalen Öffentlichen Bibliotheken.<sup>312</sup> Ein vielfältiges Angebot gibt es entsprechend auch für Kita-Gruppen, es gilt dabei wieder in Abhängigkeit der jeweiligen kommunalen Voraussetzungen.

Der nun folgende Teil versteht sich ebenfalls als ein exemplarischer Ausschnitt zum Themengebiet bibliothekarischer Kooperationen. Vor dem Hintergrund der skizzierten Rahmenbedingungen Öffentlicher Bibliotheken gewinnen zusätzliche Fördermittel an Bedeutung. Im Fokus der nachfolgend skizzierten Förderungen stehen insbesondere kooperative Vorhaben. Das Programm „hochdrei - Stadtbibliotheken verändern“ (2018-2022) der Kulturstiftung des Bundes zählt derzeit mit dazu.<sup>313</sup> Dahinter steht das Ziel, „[...] die Stadtbibliotheken in ihrer Rolle als kooperationsfreudige und teilhabeorientierte Kulturorte [zu] stärken.“<sup>314</sup> Die Stiftung führt weiter aus, dass es vielfach nicht an Ideen und Anknüpfungspunkten mangelt, sondern vielmehr im Fehlen entsprechender Rahmenbedingungen. So ergibt bspw. eine Befragung des Deutschen Bibliotheksverbandes zur Finanzlage von Öffentlichen Bibliotheken im Jahr 2018, dass ein Teil dieser befragten Institutionen (11,7%) „sich mit dem vorhandenen Budget nicht an Kooperationen und Projekten beteiligen (können)“.<sup>315</sup>

Die Umsetzung kooperativer, hier „kreativer Veranstaltungsformate“ umschließt im Förderverständnis des vorliegenden Programms eine Vielzahl an Akteuren, Institutionen, Initiativen und Einrichtungen des öffentlichen Lebens.<sup>316</sup> Alle sieben geförderten Projekte der ersten Antrags-

---

<sup>309</sup> Vgl. die Übersicht des Deutschen Bibliotheksverbandes. Online verfügbar: <https://www.bibliotheksverband.de/dbv/vereinbarungen-und-vertraege/bibliothekschule-kooperationsvereinbarungen.html> [21.05.2019].

<sup>310</sup> Vgl. ebd.

<sup>311</sup> Vgl. die Ausführungen im Abschnitt 2.3.

<sup>312</sup> Vgl. DAHM (2014), S. 612.

<sup>313</sup> Vgl. [https://www.kulturstiftung-des-bundes.de/de/projekte/nachhaltigkeit\\_und\\_zukunft/detail/hochdrei.html](https://www.kulturstiftung-des-bundes.de/de/projekte/nachhaltigkeit_und_zukunft/detail/hochdrei.html) [21.05.2019].

<sup>314</sup> Ebd.

<sup>315</sup> [https://www.bibliotheksverband.de/fileadmin/user\\_upload/DBV/publikationen/Gesamtauswertung\\_%C3%96B\\_dbv-Finanzumfrage\\_2018\\_final.pdf](https://www.bibliotheksverband.de/fileadmin/user_upload/DBV/publikationen/Gesamtauswertung_%C3%96B_dbv-Finanzumfrage_2018_final.pdf), S.8 [19.04.2019].

<sup>316</sup> Vgl. [https://www.kulturstiftung-des-bundes.de/de/projekte/nachhaltigkeit\\_und\\_zukunft/detail/hochdrei.html](https://www.kulturstiftung-des-bundes.de/de/projekte/nachhaltigkeit_und_zukunft/detail/hochdrei.html) (Fördergrundsätze, S. 3) [21.05.2019].

runde haben dem kooperativen Ansatz gemein, dass sie dabei „[...] soziale, kulturelle und digitale Teilhabe gemeinwohlorientiert und generationenübergreifend“<sup>317</sup> stärken.<sup>318</sup>

Als ein weiteres Beispiel für eine angestrebte Intensivierung der Kooperationsbeziehungen Öffentlicher Bibliotheken kann das Förderprogramm „Bibliotheken im Stadtteil II – BIST II“ (2014 - 2020) herangezogen werden.<sup>319</sup> Dafür wurden Mittel des Europäischen Fonds für regionale Entwicklung (EFRE) bereitgestellt. Das Programm zielt auf eine „[...] Förderung von Vorhaben die zur integrierten Entwicklung von ausgewiesenen Berliner Quartieren beitragen - insbesondere durch den Abbau von Bildungsdefiziten.“<sup>320</sup> Unterstützt wird neben weiteren Förderbereichen insbesondere die „[...] Intensivierung der Kooperationsbeziehungen und Entwicklung von Gemeinschaftsangeboten mit Akteuren der Quartiersentwicklung, vor allem in den örtlichen Netzwerken für Integration und Bildung.“<sup>321</sup> Für beide Förderzeiträume (BIST I/ BIST II) ist jeweils eine bewilligte Vorhaben- und Projektliste veröffentlicht und bietet einen Einblick in bibliothekarische Angebote, die im Sinne des Förderverständnisses „zu einer nachhaltigen Stabilisierung von Stadtteilen bei(zu)tragen“<sup>322</sup>. Sie umfassen die Bereiche Sprach- und Leseförderung, verschiedene Angebote der Integrationsarbeit bzw. heben die Bedeutung der Bibliothek als Lernort hervor.<sup>323</sup> Zentral ist die Betonung kooperativer und integrierter, also ressort- und akteursübergreifender Handlungskonzepte. Die beteiligten Bibliotheken haben dies im Sinne der Programmatik umgesetzt und nähern sich damit dem konzeptionellen Grundgedanken integrierter kommunaler Strategien der Gesundheitsförderung.

Abschließend ist festzuhalten, dass kooperative Angebote und Strukturen, dies betrifft explizit auch eine Kooperation Öffentlicher Bibliotheken untereinander, nicht nur ein wichtiges fachwissenschaftliches Thema darstellen, sondern vielfach praktiziert werden. Die IFLA führt hierzu an:

<sup>317</sup> [https://www.kulturstiftung-des-bundes.de/de/projekte/nachhaltigkeit\\_und\\_zukunft/detail/hochdrei.html](https://www.kulturstiftung-des-bundes.de/de/projekte/nachhaltigkeit_und_zukunft/detail/hochdrei.html) (Fördergrundsätze, S. 1 ) [21.05.2019].

<sup>318</sup> Bremerhafen erprobt beispielsweise, „wie die Bibliothek auch außerhalb von Servicezeiten als offener Ort erfahrbar gemacht werden kann. Zudem möchte das Projekt mittels partizipativer Ansätze gezielt Menschen und Gruppen in die Bibliothek einladen, die diese bislang noch nicht als „Dritten Ort“ nutzen.“ Vgl. (...) Auch die Stadt Warendorf möchte „gemeinsam mit der Bevölkerung räumlich-konzeptionelle Modelle entwickeln [...]“. Vgl. (...) Vor dem Hintergrund eines umfassenden Stadtentwicklungsprozesses soll ein Bürgerhaus errichtet werden, „in dem die Stadtbibliothek als Kulturort sowie Treffpunkt und Forum der Stadtgesellschaft eine zentrale Rolle spielen soll.“ [https://www.kulturstiftung-des-bundes.de/de/projekte/nachhaltigkeit\\_und\\_zukunft/detail/hochdrei.html](https://www.kulturstiftung-des-bundes.de/de/projekte/nachhaltigkeit_und_zukunft/detail/hochdrei.html) (Geförderte Projekte) [21.05.2019].

<sup>319</sup> Vgl. <https://www.berlin.de/sen/kultur/foerderung/eu-foerderung/efre/foerderperiode-2014-2020/artikel.570056.php> [21.05.2019].

<sup>320</sup> <https://www.berlin.de/sen/kultur/foerderung/eu-foerderung/efre/foerderperiode-2014-2020/artikel.574883.php> [21.05.2019].

<sup>321</sup> Ebd.

<sup>322</sup> Ebd.

<sup>323</sup> Vgl. <https://www.berlin.de/sen/kultur/foerderung/eu-foerderung/efre/foerderperiode-2014-2020/artikel.574976.php> [21.05.2019].

*„Eine erfolgreiche Öffentliche Bibliothek ist eine dynamische Einrichtung, die mit anderen Institutionen und Einzelpersonen zusammenarbeitet, um verschiedene Bibliotheks- und Informationsdienste anzubieten, die die unterschiedlichen und wechselnden Bedürfnisse der Gemeinde decken.“<sup>324</sup>*

HARTMANN nimmt dabei explizit Bezug auf sozialräumliche Einrichtungen als Kooperationspartner, „[...] will man alle Bevölkerungsgruppen ansprechen.“<sup>325</sup> Dies erscheint im Sinne der dargelegten gesundheitswissenschaftlich verfolgten Ziele durchaus anschlussfähig.

---

<sup>324</sup> IFLA (2001), S. 63.

<sup>325</sup> HARTMANN (2017), S. 240.

## 5 Fazit und Ausblick

Öffentliche Bibliotheken in Deutschland sind Einrichtungen der kommunalen Infrastruktur, jenem Bereich, der aus gesundheitswissenschaftlicher und -politischer Perspektive an Bedeutungszuwachs gewinnt. Die „Lebenswelt Kommune“ birgt im Zusammenhang mit einem erweiterten Gesundheitsverständnis großes Potenzial für präventive und gesundheitsförderliche Interventionen. Das Ziel dieser Arbeit war es, Öffentliche Bibliotheken in Deutschland in diesen Rahmen einzuordnen und zu klären, inwiefern ihre inhaltlichen Angebote und räumlichen Strukturen anschlussfähig für das Konzept integrierter kommunaler Strategien der Gesundheitsförderung sind.

Anhand einer exemplarischen Verortung konnte die praktische Relevanz Öffentlicher Bibliotheken aufgezeigt werden. Darauf gestützt wurde eine konzeptionelle Übertragung auf Öffentliche Bibliotheken im Allgemeinen angestrebt und umgesetzt. In einer Gegenüberstellung wurden schließlich Berührungspunkte zwischen dem beruflichen Selbstverständnis Öffentlicher Bibliotheken in Deutschland und dem Konzept der Präventionsketten erarbeitet.

Ausgehend von ihrer Rolle als ein kommunaler Akteur finden sich vor allem Gemeinsamkeiten im Zielgruppenanspruch: Sowohl Öffentliche Bibliotheken als auch Präventionsketten richten sich an alle Menschen innerhalb der Kommunen. Letztere streben eine Verbesserung von Gesundheitssituation und Gesundheitschancen an, ohne dabei den Fokus auf medizinische Interventionen zu legen. So sind bspw. Bildung und Bildungschancen als Determinanten von Gesundheit in der Konzeption von Präventionsketten von Relevanz und zugleich ein wesentlicher Anknüpfungspunkt zu den Öffentlichen Bibliotheken. Zudem sind wohnortnahe, niedrighschwellige Teilhabestrukturen, wie sie Präventionsketten anstreben, im Selbstverständnis Öffentlicher Bibliotheken abgebildet. Schließlich setzen sich integrierte kommunale Strategien der Gesundheitsförderung verstärkt für die Interessen sozial benachteiligter Menschen ein und auch Öffentliche Bibliotheken formulieren diesen Anspruch. Es bietet sich an, Synergieeffekte zu erzeugen und zu nutzen.

Des Weiteren bietet der Aspekt der Kooperation ein verbindendes Element: Öffentliche Bibliotheken zeigen bereits häufig einen kooperativen Charakter, den Präventionsketten als elementar voraussetzen bzw. anstreben. Zudem kommunizieren letztgenannte ein deutliches Interesse am gleichberechtigten Austausch und der stetigen Zusammenarbeit. Sie stellen damit Anknüpfungspotenzial in Aussicht. Auch finanziell förderliche Impulse konnten sowohl durch das Präventionsgesetz als auch die exemplarisch aufgeführten Fördermöglichkeiten im Bereich Öffentlicher Bibliotheken aufgezeigt werden.

Präventionsketten orientieren sich an bereits Vorhandenem. Hier bieten sich grundsätzlich zahlreiche Möglichkeiten für die Integration Öffentlicher Bibliotheken: über ihr Angebotsspektrum gesundheitsrelevanter Medien hinaus können sie als ein nicht kommerzieller, öffentlicher Raum und mittels ihrer vielfältigen Handlungsfelder in das integrierte kommunale Konzept Eingang finden.

Öffentliche Bibliotheken können als Kooperationspartner somit vielfältige Ressourcen bieten. Zu bedenken sei dabei jedoch ihr freiwilliger Charakter, so bestehen Unterschiede bezüglich Ausstattung, Leistung und finanziell abhängiger Kooperationsmöglichkeiten. Unter dem Gesichtspunkt der Verstetigung, der langfristigen Ausrichtung von Präventionsketten, muss dies beachtet werden.

Im Ergebnis konnte gezeigt werden, dass Öffentliche Bibliotheken in Deutschland im Rahmen integrierter kommunaler Strategien der Gesundheitsförderung flächendeckend mitgedacht werden sollten. Die Einbindung Öffentlicher Bibliotheken stellt vielversprechende Chancen für eine angestrebte kommunale Gesamtstrategie zur Verbesserung von Gesundheit und Gesundheitschancen in Aussicht. Es konnten aber auch fehlende Rahmenbedingungen für eine kontinuierliche und flächendeckende Einbindung Öffentlicher Bibliotheken in das integrierte Handlungskonzept aufgezeigt werden. Ein Blick auf andere Länder zeigt, dass Öffentliche Bibliotheken innerhalb der gesellschaftlichen Strukturen verbindlich sehr verankert sind. Schließlich gilt es das bereits vorhandene Potenzial zu nutzen und die Rolle der Öffentlichen Bibliotheken in Deutschland im Zusammenhang mit einer angestrebten Stärkung von Gesundheitsförderung und Prävention neu zu bewerten. Hierfür ist es notwendig, das Thema auch in der Forschung stärker zu betrachten.

## 6 Literaturverzeichnis

BARTH, R. (2015): Die Bibliothek als dritter Ort. In: BuB – Forum Bibliothek und Information, 07/2015, S. 426-429.

BLÄTTNER, B.; WALLER, H. (2018): Gesundheitswissenschaft. Eine Einführung in Grundlagen, Theorie und Anwendung. Kohlhammer, Stuttgart.

BÖHME, C.; REIMANN, B. (2018): Integrierte Strategien kommunaler Gesundheitsförderung. Rahmenbedingungen, Steuerung und Kooperation – Ergebnisse einer Akteursbefragung. Difu – Deutsches Institut für Urbanistik (Hrsg.) [online] URL: <http://edoc.difu.de/edoc.php?id=DIB7RTEK> [Stand: 19.04.2019].

BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT (2018): Präventionsgesetz. [online] URL: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/p/praeventionsgesetz.html> [Stand: 22.05.2019].

BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG (BzgA) (Hrsg.) (2013): Werkbuch Präventionskette, Herausforderungen und Chancen beim Aufbau von Präventionsketten in Kommunen. Konzept und Text: A. Richter-Kornweitz und K. Utermark. [online] URL: <https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/pdf.php?id=9fb6de27d14ccbca9d47f08906504678> [Stand: 19.04.2019].

COMMISSION ON SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH (CSDH) (2008): Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization [online] URL: [https://www.who.int/social\\_determinants/thecommission/finalreport/en/](https://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/) [Stand: 19.04.2019].

DAHM, K. (2014): Bibliothek und Schule. In: Griebel, R./Schäffler, H./ Söllner, K.(Hrsg.): Praxishandbuch Bibliotheksmanagement, De Gruyter Saur, Berlin/Boston, S.603-618.

DEUTSCHER BUNDESTAG (2007): Schlussbericht der Enquete-Kommission „Kultur in Deutschland“. In: Bundestag-Drucksache (16/7000). [online] URL: <https://dip21.bundestag.de/dip21/btd/16/070/1607000.pdf> [Stand: 19.04.2019].

DEUTSCHER BIBLIOTHEKSVERBAND E.V.: Bibliotheksgesetze. Der Weg zu einem Bibliotheksgesetz in Deutschland. [online] URL: <https://www.bibliotheksverband.de/dbv/themen/bibliotheksgesetze.html> [Stand: 22.05.2019].

ENGELMANN, F.; HALKOW, A. (2008): Der Setting-Ansatz in der Gesundheitsförderung. Genealogie, Konzeption, Praxis, Evidenzbasierung. Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Public Health, Berlin. [online] URL: <https://bibliothek.wzb.eu/pdf/2008/i08-302.pdf> [Stand: 22.05.2019].

FRANKE, A. (2015): Salutogenetische Perspektive. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden, Köln, 878-881.



doi10.17623/BZGA:224-i104-1.0 [online] URL: <https://www.leitbegriffe.bzga.de> [Stand: 19.04.2019].

FRANKOWIAK, P. (2015): Gesundheitswissenschaften / Public Health. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden, Köln, S.550-559.

doi10.17623/BZGA:224-E-book-2018.

[online] URL: <https://www.leitbegriffe.bzga.de> [Stand: 19.04.2019].

FRANKOWIAK, P. (2018a): Biomedizinische Perspektive. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden, Köln, S.34-44.

doi10.17623/BZGA:224-E-book-2018. [online] URL: <https://www.leitbegriffe.bzga.de> [Stand: 19.04.2019].

FRANKOWIAK, P. (2018b): Gesundheits-Krankheits-Kontinuum. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden, Köln, S.191-195.

doi10.17623/BZGA:224-E-book-2018. [online] URL: <https://www.leitbegriffe.bzga.de> [Stand: 19.04.2019].

FRANKOWIAK, P.; HURRELMANN, K. (2018): Gesundheit. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden, Köln, S.175-184.

doi10.17623/BZGA:224-E-book-2018. [online] URL: <https://www.leitbegriffe.bzga.de> [Stand: 19.04.2019].

FÜHLES-UBACH, S. (2014): Bibliotheken als Dienstleistungsunternehmen – Auswirkungen des demografischen Wandels auf Zielgruppen und internes Personalmanagement. In: Hauke P. (Hrsg.) Challenge accepted! Bibliotheken stellen sich der Herausforderung des Demografischen Wandels. Positionen – Strategien – Modelle & Projekte. Bock + Herchen Verlag, Bad Honnef, S. 33-46.

GEENE, R., REESE, M. (2016): Handbuch Präventionsgesetz - Neuregelungen der Gesundheitsförderung. Mabuse, Frankfurt.

GERLINGER, T. (2016): Präventionsgesetz. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden, Köln, S.798-808.

doi10.17623/BZGA:224-E-book-2018. [online] URL: <https://www.leitbegriffe.bzga.de> [Stand: 19.04.2019].

GESUNDHEIT BERLIN-BRANDENBURG E. V. (Hrsg.) (2014): Aktiv werden für Gesundheit – Arbeitshilfen für kommunale Prävention und Gesundheitsförderung, Heft 1: Gesunde Lebenswelten schaffen. 4. aktualisierte Auflage, Berlin.

GEYER, S. (2016): Soziale Ungleichheit und Gesundheit/Krankheit. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden, Köln, S.918-924. doi10.17623/BZGA:224-E-book-2018. [online] URL: <https://www.leitbegriffe.bzga.de> [Stand: 19.04.2019].

HARTUNG, S.; ROSENBROCK, R. (2015): Settingansatz / Lebensweltansatz. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden, Köln, S.892-896. doi10.17623/BZGA:224-E-book-2018. [online] URL: <https://www.leitbegriffe.bzga.de> [Stand: 19.04.2019].

HARTMANN, K.(2017): Offen für alle? Organisation- und Kooperationsentwicklung von kommunalen Einrichtungen am Beispiel von Bibliotheken. In: Hübner/Kelb/Schönfeld/Ullrich (Hrsg.): Teilhabe. Versprechen?! : Diskurse über Chancen- und Bildungsgerechtigkeit, kulturelle Bildung und Bildungsbündnisse, kopaed, München, S. 235-242.

INTERNATIONAL FEDERATION OF LIBRARY ASSOCIATIONS AND INSTITUTIONS (IFLA) (2001): Die Dienstleistungen der Öffentlichen Bibliothek: IFLA/UNESCO Richtlinien für die Weiterentwicklung. [online] URL: <https://www.ifla.org/files/assets/hq/publications/archive/the-public-library-service/pg01-g.pdf> [Stand: 20.05.2019].

KOOPERATIONSVERBUND GESUNDHEITLICHE CHANCENGLEICHHEIT (2013): Integrierte kommunale Strategien als Beitrag zur Verbesserung gesundheitlicher Chancengleichheit für Kinder und Jugendliche. [online] URL: <https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/integrierte-kommunale-strategien/> [Stand: 14.04.2019].

KOOPERATIONSVERBUND GESUNDHEITLICHE CHANCENGLEICHHEIT (2015): Kriterien für gute Praxis der soziallyagenbezogenen Gesundheitsförderung des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit, Berlin. [online] URL: <https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/pdf.php?id=cd82d07635b7a783faaba0d28430f8f9> [Stand: 22.05.2019].

KOOPERATIONSVERBUND GESUNDHEITLICHE CHANCENGLEICHHEIT (2017): Themenblatt „Bildung und Gesundheit“. [online] URL: <https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/pdf.php?id=7c2acd5f3ec39baeae498d498f48da59> [Stand: 19.04.2019].

LANDESKOORDINIERUNGSSTELLE „KEIN KIND ZURÜCK-LASSEN! KOMMUNEN IN NRW BEUGEN VOR“ (2016). Bericht der Landeskoordinierungsstelle zur fachlichen Begleitung des Lernnetzwerks und der Modellkommunen. [online] URL: [https://www.mkffi.nrw/sites/default/files/asset/document/bericht\\_der\\_landeskoordinierungsstelle\\_juni2016\\_web.pdf](https://www.mkffi.nrw/sites/default/files/asset/document/bericht_der_landeskoordinierungsstelle_juni2016_web.pdf) [Stand :18.04.2019].

LOHSE, K.; MEYSEN, T.; GÖTTE, S.; GONZÁLEZ MÉNDEZ DE VIGO, N.; SELTMANN, D. (2017): Akteursübergreifende Prävention. Verknüpfte Planung, Umsetzung und Finanzierung von Präventionsketten. Materialien zur Prävention, Rechtsgutachten, Bd. 8. Bertelsmann Stiftung, Gütersloh. [online] URL: [https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/Projekte/77\\_Kein\\_Kind\\_zuruecklassen/WB08orange\\_AkteursuebergreifendePraevention.pdf](https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/Projekte/77_Kein_Kind_zuruecklassen/WB08orange_AkteursuebergreifendePraevention.pdf) [Stand: 21.05.2019].

NATIONALE PRÄVENTIONSKONFERENZ (NPK) (2016): Bundesrahmenempfehlungen der Nationalen Präventionskonferenz nach § 20d Abs. 3 SGB V, erste Fassung. [online] URL: [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/pressemitteilungen/2016/Praevention\\_NPK\\_BRE\\_verabschiedet\\_am\\_19022016.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/pressemitteilungen/2016/Praevention_NPK_BRE_verabschiedet_am_19022016.pdf) [Stand: 22.05.2019].

NATIONALE PRÄVENTIONSKONFERENZ (NPK) (2018): Bundesrahmenempfehlungen nach § 20d Abs. 3 SGB V, erste weiterentwickelte Fassung. [online] URL: [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/P/Praeventionsgesetz/BRE\\_Fassung\\_vom\\_29.08.2018.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/P/Praeventionsgesetz/BRE_Fassung_vom_29.08.2018.pdf) [Stand: 22.05.2019].

PRÄVG: Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (PrävG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 17. Juli 2015 (Bundesgesetzblatt 2015 Teil I Nr. 31 S 1368). Berlin: Bundestag Drucksache.

RECHNUNGSHOF VON BERLIN (2007): Ausgewählte Prüfungsergebnisse aus dem Jahresbericht 2007. (Pressemitteilung vom 14.05.2007), T 82 – 98. [online] URL: <https://www.berlin.de/rechnungshof/aktuelles/veroeffentlichungen> [Stand: 19.04.2019].

RICHTER, M.; HURRELMANN, K. (2018): Determinanten von Gesundheit. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden, Köln, S.50-55. doi10.17623/BZGA:224-E-book-2018. [online] URL: <https://www.leitbegriffe.bzga.de> [Stand: 19.04.2019].

RICHTER-KORNWEITZ, A.; HOLZ, G; KILIAN, H. (2017): Präventionskette / Integrierte kommunale Gesundheitsstrategie. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden, Köln, S.809-816. doi10.17623/BZGA:224-E-book-2018. [online] URL: <https://www.leitbegriffe.bzga.de> [Stand: 19.04.2019].

ROBERT KOCH-INSTITUT (Hrsg.) (2015): Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. [online] URL: [https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GesInDtld/GesInDtld\\_node.html](https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GesInDtld/GesInDtld_node.html) [Stand: 21.05.2019].

ROBERT KOCH-INSTITUT (Hrsg.) (2016): Gesundheit in Deutschland – die wichtigsten Entwicklungen. Kurzfassung des Berichts „Gesundheit in Deutschland 2015“. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. [online] URL: [https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GesInDtld/GesInDtld\\_node.html](https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GesInDtld/GesInDtld_node.html) [Stand: 21.05.2019].

RÖSCH, H. (2014): Chancengleichheit – Zur Rolle der Bibliothek in der Gesellschaft. In: BuB – Forum Bibliothek und Information, 2/2014, S. 110–113.

SCHADE, F.; UMLAUF, K. (2015): Publikumsforschung in Öffentlichen Bibliotheken im Kontext gesellschaftlicher Entwicklungen. In: Glogner-Pilz, P.; Föhl, P. (Hrsg.): Handbuch Kulturpublikum. Springer Fachmedien, Wiesbaden, S. 391 bis 420.

SCHLEIHAGEN, B. (2009): Bibliotheksgesetze in Europa – Mittel politischer Steuerung und Gestaltung. [online] URL: [http://www.publikationen.bvoe.at/perspektiven/bp2\\_09/s14-22.pdf](http://www.publikationen.bvoe.at/perspektiven/bp2_09/s14-22.pdf) [Stand: 21.05.2019].

SCHULZ, M. (2009): Soziale Bibliotheksarbeit : „Kompensationsinstrument“ zwischen Anspruch und Wirklichkeit im öffentlichen Bibliothekswesen. Simon-Verlag für Bibliothekswissen, Berlin.

SEEFELDT, J. (2017): Öffentliche Bibliotheken. [online] URL: <https://bibliotheksportal.de/informationen/bibliothekslandschaft/oeffentliche-bibliotheken/> [Stand: 22.5.2019].

SEEFELDT, J. (2018): Öffentliche Bibliotheken und ihre Rolle für Bildung und Kultur im ländlichen Raum. In: Kulturelle Bildung Online. [online] URL: <https://www.kubi-online.de/artikel/oeffentliche-bibliotheken-ihre-rolle-bildung-kultur-laendlichen-raeumen> [Stand: 22.5.2019].

SIMON-RITZ, F. (2014): Bibliotheken in Zeiten des demografischen Wandels. Flexibilität und Kontinuität im Dienste einer sich verändernden Gesellschaft. Ein Geleitwort. In: Hauke P. (Hrsg.) Challenge accepted! Bibliotheken stellen sich der Herausforderung des Demografischen Wandels. Positionen – Strategien – Modelle & Projekte. Bock + Herchen Verlag, Bad Honnef, S. ix bis xiii.

STANG, R. (2018): Gesellschaftliche Veränderungsprozesse und Lebenslanges Lernen. Verortung Öffentlicher Bibliotheken im Bildungsdiskurs. In: Stang, R.; Umlauf, K. (Hrsg.): Lernwelt Öffentliche Bibliothek - Dimensionen der Verortung und Konzepte, De Gruyter Saur, Berlin/Boston, S. 9-18.

SÜSS, W.; TROJAN, A. (2015): Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik / Healthy Public Policy. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden, Köln, S.221-226. doi10.17623/BZGA:224-E-book-2018. [online] URL: <https://www.leitbegriffe.bzga.de> [Stand: 19.04.2019].

WETH, C. (2012): Gesundheit als Zukunftsthema für Kommunen. [online] URL: <https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/gesundheitsfoerderung-im-quartier/gesundheits-als-zukunftsthema-fuer-kommunen/> [Stand: 23.05.2019]

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) (1948): Präambel zur Satzung. Genf.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) (1986): Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. [online] URL: <http://www.euro.who.int/de/publications/policy-documents/ottawa-charter-for-health-promotion,-1986> [Stand: 19.04.2019].

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) (1999): Gesundheit 21-Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert, Kopenhagen.

## Verzeichnis der Abkürzungen

bspw.	beispielsweise
CSDH	Commission of Social Determinants of Health
DBS	Deutsche Bibliotheksstatistik
idR.	in der Regel
IFLA	International Federation of Library Associations and Institutions
PrävG	Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention / Präventionsgesetz
u.a.	unter anderem
WHO	World Health Organization (Weltgesundheitsorganisation)
z.B.	zum Beispiel